

العنوان باللغة العربية

**“الاحتراق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في القطاع الصحي
الخاص وأثره على جودة الرعاية الصحية بمدينة جدة”**

إعداد الطالب/ة

إيثار سعيد العامري

253001725

إشراف/

د.الفیصل عبد الحمید

د.فايز جراد

العام الدراسي:

2027/2026

حقوق الطباعة

حقوق الطباعة تمتلكها جامعة ميدأوشن.

حيث إن جميع المواد والمحتويات الواردة في هذا البحث هي ملك للجامعة، ولا يجوز استخدامها أو إعادة نشرها أو توزيعها بدون إذن مسبق من جامعة ميدأوشن.

الباحثة

اهداء

بكل فخر واعتزاز ، اهدي هذا النجاح لنفسي أولا ثم لكل من سعى معي لإتمام هذه المسيرة . دمتم لي
سندا لا عمر له .

اهدي بحثي ورسالتي الى رفيق الدرب ، شريك الحياة الذي كان ومازال داعمًا لي في كل خطوة زوجي الغالي
.. الذي اعطاني القوة والإصرار لأواصل هذه المسيرة.

اهدي بحثي ورسالتي الى من احمل اسمه بكل فخر ، الى من حصد الاشواك عن دربي ليمهد لي طريق
العلم بعد فضل الله تعالى ، ما انا فيه يعود الى والدي الحبيب الغالي .

الى اليد الخفية التي تحملت كل لحظة وساندتني بالدعاء ودعمتني بالمحبة اهدي هذا الإنجاز الى والدتي
العزيزة الحبيبة.

شكرا لكل من كان له اثر إيجابي في رحلتي عامةً ، واختي الغالية خاصةً .. اثير .. هذا النجاح هو ثمرة
دعمكم وتشجيعكم .

المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر الاحتراق الوظيفي بأبعاده (الإجهاد العاطفي، وتبلد المشاعر، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي) في جودة الرعاية الصحية لدى الممارسين الصحيين العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة. كما سعت الدراسة إلى قياس مستوى الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، واختبار طبيعة العلاقة والأثر بين متغيرات الدراسة.

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الاستبانة الإلكترونية أداة لجمع البيانات، حيث تكونت الاستبانة من (22) فقرة موزعة على محورين رئيسيين، هما: الاحتراق الوظيفي (11 فقرة)، وجودة الرعاية الصحية (11 فقرة). وتم تطبيق الدراسة على عينة متاحة قوامها (100) ممارس صحي يعملون في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة. كما جرى تحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي (IBM SPSS Statistics)، من خلال التكرارات، والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعامل ألفا كرونباخ، وتحليل الانحدار الخطي البسيط والانحدار الخطي المتعدد.

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الاحتراق الوظيفي لدى أفراد العينة جاء بدرجة متوسطة، في حين جاء مستوى جودة الرعاية الصحية بدرجة مرتفعة. كما بينت النتائج أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ للاستبانة ككل (0.924). وأظهرت نتائج الانحدار الخطي المتعدد وجود أثر ذي دلالة إحصائية لأبعاد الاحتراق الوظيفي مجتمعة في جودة الرعاية الصحية، حيث بلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.134$)، ومستوى الدلالة ($\text{Sig} = 0.003$). كما أظهرت النتائج أن بعد تبلد المشاعر كان البعد الوحيد الذي له أثر ذو دلالة إحصائية في جودة الرعاية الصحية، في حين لم يظهر كل من الإجهاد العاطفي وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي أثرًا ذا دلالة إحصائية.

وفي ضوء النتائج، أوصت الدراسة بضرورة تبني برامج للحد من الاحتراق الوظيفي، وتعزيز الدعم النفسي والمهني للممارسين الصحيين، وتحسين بيئة العمل، وتطوير برامج التدريب والتأهيل، وتعزيز ثقافة الجودة داخل المستشفيات الخاصة بما يساهم في المحافظة على جودة الرعاية الصحية والارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة.

الكلمات المفتاحية: الاحتراق الوظيفي، الإجهاد العاطفي، تبلد المشاعر، انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي، جودة الرعاية الصحية، الممارسون الصحيون، المستشفيات الخاصة، مدينة جدة.

فهرس المحتويات:

أ	حقوق الطباعة.....
ب	اهداء.....
ج	المستخلص.....
د	فهرس المحتويات:.....
و	قائمة الجداول:.....
ز	فهرس الأشكال:.....
1	الفصل الأول.....
1	الاطار العام للبحث.....
2	المقدمة.....
3	مشكلة الدراسة.....
4	أهمية الدراسة.....
5	أهداف الدراسة.....
6	تساؤلات الدراسة.....
6	فروض الدراسة.....
7	النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث.....
9	المنطلقات النظرية للدراسة.....
10	الفصل الثاني.....
10	الاطار النظري و الدراسات السابقة.....
11	مقدمة.....
12	الدراسات السابقة.....
27	التعقيب على الدراسات السابقة.....
27	أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة.....
28	الفجوة البحثية.....
28	ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة.....
29	الإطار النظري.....
29	المبحث الأول الاحتراق الوظيفي.....
43	المبحث الثاني جودة الرعاية الصحية.....

64	المبحث الثالث العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية
73	المبحث الرابع القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية ومدينة جدة
80	الفصل الثالث
80	منهجية الدراسة
81	مقدمة
81	المنهجية وطرق البحث
81	المبحث الاول التصميم المنهجي للدراسة
87	المبحث الثاني أداة الدراسة وإجراءاتها
91	المبحث الثالث أساليب تحليل البيانات والمعالجة الإحصائية
95	الفصل الرابع
95	عرض النتائج وتحليلها
96	مقدمة
96	المبحث الأول وصف خصائص أفراد عينة الدراسة
99	المبحث الثاني اختبار صدق وثبات أداة الدراسة
100	المبحث الثالث التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة
103	المبحث الرابع اختبار فرضيات الدراسة
106	المبحث الخامس مناقشة نتائج الدراسة
109	الفصل الخامس
109	النتائج والتوصيات
110	مقدمة
110	ملخص نتائج الدراسة
111	الاستنتاجات
111	التوصيات
112	المقترحات لدراسات مستقبلية
113	المراجع
114	المراجع العربية
114	المراجع الاجنبية
118	الملاحق
119	الاستبانة
122	Abstract

قائمة الجداول :

جدول 1-4
جدول 2-4
جدول 3-4
جدول 4-4
جدول 5-4
جدول 6-4
جدول 7-4
جدول 8-4
جدول 9-4
جدول 10-4
جدول 11-4
جدول 12-4
جدول 13-4
جدول 14-4
جدول 15-4
جدول 16-4
جدول 17-4
جدول 18-4

فهرس الأشكال:

الشكل (1-2)

الفصل الأول

الاطار العام للبحث

المقدمة

يشهد القطاع الصحي خلال العقود الأخيرة تطورات متسارعة فرضتها التغيرات الديموغرافية والتقدم العلمي والتكنولوجي المتسارع، إلى جانب تزايد الطلب على الخدمات الصحية وارتفاع توقعات المستفيدين بشأن جودة الرعاية الصحية المقدمة لهم. وقد أدى ذلك إلى زيادة الضغوط الواقعة على المؤسسات الصحية بمختلف أنواعها، وجعل المحافظة على جودة الخدمات الصحية واستدامة الموارد البشرية من أبرز التحديات التي تواجه الأنظمة الصحية الحديثة (World Health Organization [WHO], 2021).

وتُعد الكوادر الصحية الركيزة الأساسية التي تقوم عليها المؤسسات الصحية، نظرًا لدورها المحوري في تقديم الخدمات العلاجية والوقائية والتأهيلية، إذ يعتمد نجاح المؤسسات الصحية بدرجة كبيرة على كفاءة العاملين وقدرتهم على أداء مهامهم المهنية بكفاءة وفاعلية. وتشمل الكوادر الصحية الأطباء والممرضين والفنيين والأخصائيين الصحيين الذين يتحملون مسؤوليات مهنية وإنسانية كبيرة ترتبط بصورة مباشرة بصحة المرضى وسلامتهم.

ونظرًا لطبيعة العمل الصحي، تُعد بيئة العمل الصحية من أكثر البيئات المهنية عرضة للضغوط المستمرة، وذلك نتيجة ارتفاع حجم المسؤوليات المهنية، والتعامل المتواصل مع المرضى، والعمل بنظام المناوبات، والحاجة إلى اتخاذ قرارات سريعة ودقيقة في كثير من الأحيان. وقد يؤدي استمرار هذه الضغوط لفترات طويلة إلى ظهور مجموعة من الآثار النفسية والمهنية التي تُعرف بالاحتراق الوظيفي (Maslach & Leiter, 2022).

ويُعرف الاحتراق الوظيفي بأنه حالة من الإرهاق النفسي والعاطفي والجسدي الناتجة عن التعرض المزمن لضغوط العمل التي لم تتم إدارتها بصورة فعالة، ويظهر من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية تتمثل في الإجهاد العاطفي، وتبلد المشاعر، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي (WHO, 2019). وقد أصبح الاحتراق الوظيفي خلال السنوات الأخيرة أحد الموضوعات الرئيسة التي تحظى باهتمام الباحثين ومتخذي القرار؛ نظرًا لما يترتب عليه من آثار سلبية تؤثر على الفرد والمؤسسة الصحية وجودة الخدمات المقدمة للمستفيدين.

وفي المقابل، تمثل جودة الرعاية الصحية أحد المؤشرات الرئيسة التي تستخدمها الأنظمة الصحية لتقييم مستوى أدائها وكفاءتها، إذ ترتبط جودة الرعاية الصحية بقدرة المؤسسات الصحية على تقديم خدمات آمنة وفعالة وفي الوقت المناسب، بما يحقق احتياجات المستفيدين ويرفع مستوى رضاهم ويضمن سلامتهم (Institute of Medicine, 2001).

وتشير الأدبيات العلمية الحديثة إلى وجود ارتباط وثيق بين الصحة المهنية للعاملين الصحيين ومستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى، حيث إن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي يرتبط بانخفاض مستوى الأداء المهني، وزيادة احتمالية حدوث الأخطاء الطبية، وتراجع رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة (West et al., 2020).

وفي المملكة العربية السعودية، يشهد القطاع الصحي تحولاً استراتيجياً كبيراً في إطار مستهدفات رؤية السعودية 2030، التي تسعى إلى تعزيز كفاءة النظام الصحي وتحسين جودة الخدمات الصحية وزيادة مشاركة القطاع الخاص في تقديم الرعاية الصحية. وقد أدى ذلك إلى توسع ملحوظ في القطاع الصحي الخاص وزيادة دوره في دعم المنظومة الصحية الوطنية.

ورغم الأهمية المتزايدة للقطاع الصحي الخاص، فإن هذا التوسع صاحبه ارتفاع في حجم المسؤوليات المهنية الواقعة على الكوادر الصحية، الأمر الذي قد يزيد من احتمالية تعرضهم للاحتراق الوظيفي وما يترتب عليه من آثار سلبية قد تنعكس بصورة مباشرة على جودة الرعاية الصحية المقدمة. ومن هنا تبرز أهمية دراسة العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية داخل القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة، بما يساهم في دعم متخذي القرار بالمعلومات العلمية اللازمة لتحسين بيئة العمل الصحية وتعزيز جودة الخدمات الصحية.

مشكلة الدراسة

تمثل الموارد البشرية الصحية أحد أهم مرتكزات نجاح المؤسسات الصحية واستدامة أدائها، إذ تعتمد جودة الخدمات الصحية بصورة كبيرة على كفاءة الكوادر الصحية وقدرتها على تقديم الرعاية الصحية بكفاءة وفاعلية. وفي ظل التغيرات المتسارعة التي يشهدها القطاع الصحي عالمياً، أصبحت الآن المؤسسات الصحية مطالبة بتحقيق مستويات مرتفعة من الجودة مع المحافظة على كفاءة العاملين واستقرارهم المهني والنفسي في الوقت ذاته.

ويواجه العاملون في القطاع الصحي ضغوطاً مهنية متعددة نتيجة طبيعة العمل التي تتطلب تحمل مسؤوليات كبيرة والتعامل المباشر مع المرضى والعمل لساعات طويلة واتخاذ قرارات سريعة قد يترتب عليها آثار صحية مهمة. كما أن استمرار التعرض لهذه الضغوط دون وجود استراتيجيات تنظيمية فعالة لإدارتها قد يؤدي إلى ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي بين العاملين الصحيين (Maslach & Leiter, 2022).

وقد أصبح الاحتراق الوظيفي من أبرز التحديات التي تواجه المؤسسات الصحية في الوقت الحاضر؛ نظراً لما يترتب عليه من آثار سلبية تشمل انخفاض الرضا الوظيفي، وتراجع الدافعية المهنية، وزيادة معدلات الغياب الوظيفي، وارتفاع احتمالية ترك العمل، بالإضافة إلى تأثيره المباشر على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين (Dewa et al., 2021).

وتشير الأدبيات العلمية الحديثة إلى وجود علاقة وثيقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، حيث يرتبط ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي بزيادة احتمالية حدوث الأخطاء الطبية، وضعف التواصل مع المرضى، وانخفاض جودة الأداء السريري، وتراجع رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية (Panagioti et al., 2018).

وفي المملكة العربية السعودية يشهد القطاع الصحي الخاص توسعاً متزايداً في إطار برامج التحول الصحي المبنية من رؤية السعودية 2030، حيث أصبح القطاع الخاص شريكاً أساسياً في تقديم الخدمات الصحية ودعم المنظومة الصحية الوطنية. إلا أن هذا التوسع صاحبه ارتفاع في حجم الأعمال والمسؤوليات المهنية الملقاة على عاتق الكوادر الصحية، الأمر الذي يستدعي الاهتمام بالعوامل التي قد تؤثر في جودة أدائهم المهني.

وتُعد مدينة جدة من أكبر المدن السعودية التي تضم عددًا كبيرًا من المستشفيات والمجمعات الطبية والمراكز الصحية الخاصة، وتتميز بتنوع الخدمات الصحية المقدمة فيها، مما يجعلها بيئة مناسبة لدراسة هذه الظاهرة بصورة علمية. وعلى الرغم من تزايد الدراسات العالمية التي تناولت الاحتراق الوظيفي، إلا أن هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات التي تركز على القطاع الصحي الخاص في البيئة السعودية، وخاصة في مدينة جدة، لفهم طبيعة العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية في هذا السياق تحديدًا.

وبناءً على ما سبق، تتحدد مشكلة الدراسة في محاولة الكشف عن أثر الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص على جودة الرعاية الصحية في مدينة جدة، بما يساهم في دعم المؤسسات الصحية بالمعلومات اللازمة لتطوير بيئات العمل وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

تتمثل مشكلة الدراسة في التعرف على أثر الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص على جودة الرعاية الصحية في مدينة جدة، والكشف عن طبيعة العلاقة بين أبعاد الاحتراق الوظيفي ومستوى جودة الرعاية الصحية.

أهمية الدراسة

تستمد الدراسة الحالية أهميتها من أهمية موضوعها، الذي يجمع بين أحد أهم التحديات التنظيمية التي تواجه المؤسسات الصحية، وهو الاحتراق الوظيفي، وأحد أهم مؤشرات كفاءة الأنظمة الصحية، وهو جودة الرعاية الصحية.

وتنقسم أهمية الدراسة إلى أهمية علمية وأهمية تطبيقية.

أولاً: الأهمية العلمية

تكمن الأهمية العلمية للدراسة فيما يأتي:

1. إثراء الأدبيات العلمية العربية في مجال الإدارة الصحية المتعلقة بموضوع الاحتراق الوظيفي.
2. تعزيز المعرفة العلمية المرتبطة بالعلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية.
3. الإسهام في سد جانب من الفجوة البحثية المتعلقة بدراسة القطاع الصحي الخاص في مدينة جدة.
4. توفير إطار علمي يمكن للباحثين الاستفادة منه في إجراء دراسات مستقبلية مرتبطة بالموضوع.
5. دعم الدراسات العربية الحديثة المتعلقة بالصحة المهنية وجودة الخدمات الصحية.

ثانيًا: الأهمية التطبيقية

تتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة فيما يأتي:

1. مساعدة القيادات الصحية في التعرف على مستويات الاحتراق الوظيفي لدى العاملين.
2. دعم صناع القرار في تطوير استراتيجيات للحد من الضغوط المهنية.
3. المساهمة في تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمستفيدين.
4. تعزيز استقرار الكوادر الصحية داخل المؤسسات الصحية الخاصة.
5. دعم برامج المحافظة على الموارد البشرية الصحية.
6. تحسين بيئة العمل التنظيمية داخل المؤسسات الصحية.
7. الإسهام في تحقيق مستهدفات التحول الصحي في المملكة العربية السعودية.

أهداف الدراسة

الهدف العام للدراسة

التعرف على أثر الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص على جودة الرعاية الصحية في مدينة جدة.

الأهداف الخاصة للدراسة

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1. قياس مستوى الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.
2. تحديد مستوى جودة الرعاية الصحية في مؤسسات القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.
3. تحليل طبيعة العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية.
4. قياس أثر الإجهاد العاطفي على جودة الرعاية الصحية.
5. قياس أثر تبلد المشاعر على جودة الرعاية الصحية.
6. قياس أثر انخفاض الإنجاز الشخصي على جودة الرعاية الصحية.
7. الكشف عن الفروق الإحصائية في مستوى الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية وفقاً للمتغيرات الديموغرافية.
8. تقديم توصيات علمية وعملية تساهم في الحد من الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية

تساؤلات الدراسة

انطلاقاً من مشكلة الدراسة، تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن التساؤل الرئيسي الآتي:

ما أثر الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص على جودة الرعاية الصحية في مدينة جدة؟

ويتفرع عن هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات الفرعية، وهي:

1. ما طبيعة العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة؟
2. ما أثر الإجهاد العاطفي على جودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاحتراق الوظيفي تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المسعى الوظيفي، سنوات الخبرة، المؤهل العلمي)؟
4. ما أثر انخفاض الإنجاز الشخصي على جودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة؟

فروض الدراسة

استناداً إلى مشكلة الدراسة وتساؤلاتها، صيغت فرضيات الدراسة بهدف اختبار العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية لدى الكوادر الصحية العاملة في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

الفرضية الرئيسية

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية وجودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

الفرضيات الفرعية

- توجد علاقة ذو دلالة إحصائية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.
- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإجهاد العاطفي على جودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الاحتراق الوظيفي تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، المسعى الوظيفي).
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لانخفاض الإنجاز الشخصي على جودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث

1. نظرية ماسلاش للاحتراق الوظيفي

(Maslach Burnout Theory)

تُعد النظرية الأساسية للدراسة.

طورتها Christina Maslach، وتفسر الاحتراق الوظيفي باعتباره استجابة للضغوط المهنية المزمّنة داخل بيئة العمل.

وتفترض النظرية أن الاحتراق الوظيفي يتكون من ثلاثة أبعاد رئيسية:

1. الإجهاد العاطفي (Emotional Exhaustion).

2. تبلد المشاعر (Depersonalization).

3. انخفاض الإنجاز الشخصي (Reduced Personal Accomplishment).

علاقتها بالدراسة الحالية

تعتمد الدراسة الحالية على هذه النظرية في تفسير المتغير المستقل (الاحتراق الوظيفي)، كما سيتم قياس أبعاده الثلاثة لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

2. نموذج الطلبات والموارد الوظيفية

(Job Demands–Resources Model)

يُعد من أكثر النماذج استخدامًا في الدراسات الحديثة المتعلقة بالاحتراق الوظيفي.

يفترض النموذج أن:

الطلبات الوظيفية

هي الضغوط التي يواجهها العامل مثل:

* كثافة العمل.

* ضغط الوقت.

* المنابوات.

* المسؤوليات المهنية.

الموارد الوظيفية

هي العوامل التي تساعد العامل على أداء عمله مثل:

* الدعم الإداري.

* التدريب.

* الحوافز.

* بيئة العمل.

ويفترض النموذج أن ارتفاع الطلبات الوظيفية مع انخفاض الموارد يؤدي إلى زيادة احتمالية الاحتراق الوظيفي.

علاقتها بالدراسة الحالية

تساعد هذه النظرية في تفسير أسباب ارتفاع الاحتراق الوظيفي لدى العاملين الصحيين داخل القطاع الصحي الخاص.

3. نموذج دونابيديان لجودة الرعاية الصحية

(Donabedian Model)

وضعه Avedis Donabedian ويعد من أشهر النماذج العالمية لتقييم جودة الرعاية الصحية.

يقسم الجودة إلى ثلاثة مكونات:

أولاً: الهيكل (Structure)

ويشمل:

* الموارد البشرية.

* التجهيزات.

* البنية التحتية.

ثانياً: العمليات (Process)

وتشمل:

* طريقة تقديم الخدمة.

* الإجراءات العلاجية.

* التفاعل مع المرضى.

ثالثاً: النتائج (Outcomes)

وتشمل:

* رضا المرضى.

* سلامة المرضى.

* النتائج الصحية.

علاقتها بالدراسة الحالية

تستخدم هذه النظرية لتفسير المتغير التابع (جودة الرعاية الصحية)، وتوضح كيف يمكن أن يؤثر الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية على جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

المنطلقات النظرية للدراسة

تستند الدراسة الحالية إلى نظرية ماسلاش للاحتراق الوظيفي (Maslach Burnout Theory)، والتي تُعد من أكثر النظريات استخدامًا في تفسير ظاهرة الاحتراق الوظيفي، حيث تنظر إلى الاحتراق الوظيفي بوصفه متلازمة مهنية تتكون من ثلاثة أبعاد رئيسية هي الإجهاد العاطفي وتبليد المشاعر وانخفاض الإنجاز الشخصي. كما تستند الدراسة إلى نموذج الطلبات والموارد الوظيفية (JD-R Model) لتفسير العوامل التنظيمية والمهنية المؤدية إلى الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية. وفيما يتعلق بمتغير جودة الرعاية الصحية، تعتمد الدراسة على نموذج دونابيديان (Donabedian Model) الذي يفسر جودة الرعاية الصحية من خلال عناصر الهيكل والعمليات والنتائج، ويُعد من أكثر النماذج اعتمادًا في الدراسات الصحية. وتمثل هذه النماذج مجتمعة الأساس النظري الذي تستند إليه الدراسة الحالية في تفسير العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

الفصل الثاني

الاطار النظري و الدراسات السابقة

مقدمة

يمثل الإطار النظري والدراسات السابقة أحد المرتكزات الأساسية في البحوث العلمية، إذ يساهمان في بناء الأساس المعرفي للدراسة، وتوضيح المفاهيم الرئيسة، واستعراض ما توصلت إليه الأدبيات العلمية من نتائج تتعلق بمتغيرات البحث، بما يساعد على تحديد موقع الدراسة الحالية ضمن السياق العلمي، وإبراز إسهامها في سد الفجوات البحثية القائمة. ويؤكد الباحثون في منهجية البحث العلمي أن جودة الإطار النظري والدراسات السابقة تنعكس بصورة مباشرة على قوة البناء العلمي للدراسة، لما لهما من دور في تفسير الظاهرة محل البحث، وصياغة الفرضيات، واختيار المنهج المناسب، وتفسير النتائج في ضوء الأدبيات ذات الصلة (Creswell & Creswell, 2023).

ويعد موضوع الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية من الموضوعات التي حظيت باهتمام متزايد خلال السنوات الأخيرة، نظرًا لما يشهده القطاع الصحي من تغيرات متسارعة وارتفاع في متطلبات العمل وضغوطه، خاصة بعد جائحة كوفيد-19، التي كشفت عن حجم التحديات المهنية والنفسية التي يواجهها العاملون في المؤسسات الصحية. وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الاحتراق الوظيفي لم يعد يمثل مشكلة فردية تقتصر آثارها على العامل الصحي، بل أصبح قضية تنظيمية تؤثر بصورة مباشرة في جودة الرعاية الصحية، وسلامة المرضى، والإنتاجية، وكفاءة الأداء المؤسسي (Li et al., 2024؛ World Health Organization [WHO], 2022).

وفي المقابل، تمثل جودة الرعاية الصحية أحد الأهداف الرئيسة التي تسعى إليها المؤسسات الصحية، باعتبارها مؤشرًا يعكس كفاءة الخدمات الصحية ومدى قدرتها على تحقيق احتياجات المستفيدين وضمان سلامتهم. وترتبط جودة الرعاية الصحية بعدد من العوامل التنظيمية والبشرية، ويأتي في مقدمتها كفاءة الكوادر الصحية، وبيئة العمل، ومستوى الرضا الوظيفي، والحالة النفسية للعاملين، والتي يعد الاحتراق الوظيفي أحد أبرز مكوناتها (Institute of Medicine, 2001؛ Li et al., 2024).

وانطلاقًا من ذلك، يسعى هذا الفصل إلى استعراض وتحليل الدراسات السابقة ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة، وهي الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، بهدف التعرف على أبرز ما توصلت إليه الأدبيات العلمية، وتحليل أوجه الاتفاق والاختلاف بينها، وتحديد الفجوة البحثية التي تسعى الدراسة الحالية إلى معالجتها. كما يتناول الفصل الإطار النظري الذي يستند إليه البحث، من خلال عرض المفاهيم الأساسية للاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، وأبعاد كل منهما، والعوامل المؤثرة فيهما، والنظريات المفسرة للعلاقة بينهما، وعلى رأسها نظرية الطلبات والموارد الوظيفية (Job Demands—Resources Model)، ونظرية المحافظة على الموارد (Conservation of Resources Theory)، وصولًا إلى بناء إطار نظري يفسر العلاقة بين متغيرات الدراسة ويدعم الفرضيات التي انطلقت منها الدراسة الحالية.

وبناءً على ذلك، قُسم هذا الفصل إلى مبحثين رئيسيين؛ يتناول المبحث الأول الدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات الصلة بموضوع الدراسة مرتبة ترتيباً زمنياً من الأقدم إلى الأحدث، مع تحليلها ونقدها وبيان أوجه الاستفادة منها. أما المبحث الثاني، فيتناول الإطار النظري للدراسة، من خلال عرض المفاهيم الأساسية، والأبعاد، والنظريات المفسرة، والعلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، وصولاً إلى النموذج النظري الذي تستند إليه الدراسة الحالية.

الدراسات السابقة

الدراسة الأولى: Eltaybani et al. (2021)

أجرى Eltaybani et al. (2021) دراسة هدفت إلى استقصاء العلاقة بين الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين وجودة الرعاية الصحية في مرافق الرعاية طويلة الأمد في اليابان. وانطلقت الدراسة من افتراض أن الضغوط المهنية المستمرة التي يتعرض لها الممرضون قد تؤثر سلباً في مستوى الرعاية الصحية المقدمة للمرضى، خاصة في المؤسسات التي تعتمد بصورة كبيرة على الكوادر التمريضية في تقديم الخدمات الصحية اليومية.

واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي من خلال تصميم مقطعي (Cross-Sectional Design)، حيث شملت عينة الدراسة (277) ممرضاً وممرضة يعملون في مؤسسات الرعاية طويلة الأمد. واستخدم الباحثون مقياس ماسلاش للاحتراق الوظيفي (Maslach Burnout Inventory) لقياس مستويات الاحتراق الوظيفي، إلى جانب مجموعة من المؤشرات المرتبطة بجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، حيث تبين أن ارتفاع مستويات الإجهاد العاطفي وتبدل المشاعر ارتبط بزيادة احتمالية وقوع الأخطاء التمريضية وتراجع جودة الخدمات المقدمة للمرضى. كما أوضحت النتائج أن انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي يؤثر في كفاءة الأداء المهني ويضعف قدرة الممرضين على تقديم رعاية صحية ذات جودة مرتفعة (Eltaybani et al., 2021).

كما أشارت الدراسة إلى أن بيئة العمل الداعمة والتواصل الفعال بين أعضاء الفريق الصحي يسهمان في الحد من مستويات الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية. وخلص الباحثون إلى ضرورة تطوير برامج تنظيمية ومهنية تستهدف تعزيز الصحة النفسية للعاملين في القطاع الصحي بما ينعكس إيجاباً على جودة الخدمات الصحية.

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة باستخدامها مقياساً عالمياً معتمداً لقياس الاحتراق الوظيفي وربطها بين المتغيرات النفسية ومؤشرات الأداء الصحي الفعلية، مما يعزز من موثوقية نتائجها. كما أن تركيزها على مؤشرات جودة الرعاية الصحية منحها قيمة تطبيقية مهمة في مجال الإدارة الصحية. إلا أن اقتصر الدراسة على قطاع الرعاية طويلة الأمد في اليابان قد يحد من إمكانية تعميم نتائجها على قطاعات صحية أخرى أو على بيئات ثقافية وتنظيمية مختلفة.

وتتفق هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تناولها للعلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، كما تشترك معها في اعتبار الاحتراق الوظيفي متغيراً مؤثراً في جودة الأداء الصحي. إلا أنها تختلف عنها في البيئة التطبيقية والعينة المستهدفة؛ إذ تركز الدراسة الحالية على الكوادر الصحية بمختلف فئاتها في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة، بينما اقتصرَت الدراسة السابقة على الممرضين العاملين في مرافق الرعاية طويلة الأمد في اليابان. وقد استفادت الدراسة الحالية من هذه الدراسة في تدعيم الأساس النظري للعلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، وفي دعم فرضيات الدراسة المتعلقة بالتأثير السلبي للاحتراق الوظيفي على جودة الخدمات الصحية.

الدراسة الثانية:

هدفت دراسة Kakemam et al (2021) إلى تحليل العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية والأحداث السلبية المرتبطة بسلامة المرضى لدى الممرضين خلال جائحة كوفيد-19. وانطلقت الدراسة من التحديات الاستثنائية التي فرضتها الجائحة على العاملين في القطاع الصحي، وما نتج عنها من ضغوط مهنية ونفسية متزايدة أثرت في الأداء الوظيفي للعاملين الصحيين.

واعتمدت الدراسة المنهج الكمي الوصفي التحليلي، حيث تم جمع البيانات من خلال استبانة إلكترونية وزعت على (1004) ممرضين وممرضات يعملون في عدد من المستشفيات. واستخدم الباحثون أدوات قياس معتمدة لتقييم مستويات الاحتراق الوظيفي بالإضافة إلى مؤشرات مرتبطة بجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

وأظهرت نتائج الدراسة أن مستويات الاحتراق الوظيفي ارتفعت بصورة ملحوظة خلال فترة الجائحة، خاصة في بعدي الإجهاد العاطفي وتبلد المشاعر. كما بينت النتائج وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، حيث ارتبط ارتفاع الاحتراق الوظيفي بزيادة الأخطاء الطبية، وارتفاع معدلات السقوط بين المرضى، وانخفاض جودة الخدمات الصحية المقدمة. كذلك أوضحت النتائج أن الممرضين الذين سجلوا مستويات مرتفعة من الاحتراق الوظيفي كانوا أقل قدرة على تقديم رعاية صحية فعالة مقارنة بزملائهم ذوي المستويات المنخفضة من الاحتراق الوظيفي (Kakemam et al., 2021).

وأكدت الدراسة أن الظروف المهنية الضاغطة ونقص الموارد البشرية خلال الأزمات الصحية تسهم بصورة مباشرة في زيادة احتمالية تعرض العاملين الصحيين للاحتراق الوظيفي، مما ينعكس سلباً على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بكون حجم العينة، الأمر الذي يعزز من إمكانية تعميم نتائجها نسبياً، كما أنها تناولت موضوعاً حديثاً ومهماً في ظل جائحة كوفيد-19. إلا أن اعتمادها على الاستبانة الذاتية فقط قد يزيد من احتمالية التحيز في استجابات المشاركين، كما أن ظروف الجائحة الاستثنائية قد تجعل بعض النتائج مرتبطة بالسياق الزمني للدراسة أكثر من ارتباطها بالظروف الاعتيادية للعمل الصحي.

وتتفق هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تركيزها على العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، كما تدعم الفرضية الرئيسة للدراسة الحالية التي تفترض وجود تأثير سلبي للاحتراق الوظيفي على جودة الرعاية الصحية.

إلا أنها تختلف عنها من حيث السياق الزمني، إذ أجريت خلال جائحة عالمية استثنائية، بينما تسعى الدراسة الحالية إلى استكشاف هذه العلاقة في الظروف التشغيلية الاعتيادية داخل القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة. كما استفادت الدراسة الحالية من نتائج هذه الدراسة في دعم أهمية دراسة الاحتراق الوظيفي باعتباره أحد العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية.

الدراسة الثالثة Alrawashdeh et al (2021)

هدفت دراسة Alrawashdeh et al (2021) إلى استكشاف مستويات الاحتراق الوظيفي لدى الأطباء والعاملين الصحيين خلال جائحة كوفيد-19، وتحليل العوامل المرتبطة به وتأثيره في الأداء المهني وجودة الخدمات الصحية. وجاءت الدراسة استجابة للضغوط المتزايدة التي واجهتها الأنظمة الصحية خلال الجائحة وما ترتب عليها من تحديات نفسية ومهنية للعاملين الصحيين.

استخدمت الدراسة منهجاً وصفيًا تحليليًا، واعتمدت على استبانة إلكترونية وزعت على مجموعة من الأطباء والعاملين الصحيين في عدد من المؤسسات الصحية. وتضمنت الأداة مقياس لقياس مستويات الاحتراق الوظيفي والرضا الوظيفي والعوامل المهنية والتنظيمية المرتبطة ببيئة العمل.

وأظهرت نتائج الدراسة ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي بين المشاركين، خاصة بين العاملين الذين يتعاملون بصورة مباشرة مع مرضى كوفيد-19. كما بينت النتائج أن زيادة أعباء العمل، والخوف من العدوى، وضعف الدعم التنظيمي، وانخفاض الرضا الوظيفي تعد من أبرز العوامل المرتبطة بارتفاع الاحتراق الوظيفي. وأشارت الدراسة إلى أن استمرار هذه العوامل يؤثر سلبًا في الأداء المهني ويحد من قدرة العاملين على تقديم خدمات صحية عالية الجودة (Alrawashdeh et al., 2021).

كما أوضحت النتائج أن العاملين الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق الوظيفي كانوا أكثر عرضة للشعور بالإرهاق النفسي وضعف الالتزام المهني مقارنة بالعاملين ذوي المستويات المنخفضة، مما ينعكس على جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

ومن الناحية النقدية، تبرز أهمية الدراسة في تناولها لمجموعة متنوعة من العاملين الصحيين وليس فئة مهنية واحدة فقط، مما يمنح نتائجها شمولية أكبر. كما أنها سلطت الضوء على تأثير العوامل التنظيمية في تكوين الاحتراق الوظيفي. ومع ذلك، فإن إجراء الدراسة خلال ظروف الجائحة قد يجعل بعض النتائج متأثرة بعوامل استثنائية قد لا تكون موجودة بنفس الدرجة في الأوضاع الطبيعية.

وترتبط هذه الدراسة بالدراسة الحالية من خلال تركيزها على العوامل التنظيمية والمهنية المؤدية للاحتراق الوظيفي وتأثيره في الأداء الصحي. كما تدعم نتائجها الإطار النظري للدراسة الحالية، خاصة ما يتعلق بدور بيئة العمل

والضغوط المهنية في تفسير مستويات الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية. وتختلف الدراسة الحالية عنها في أنها تستهدف القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة وتسعى إلى قياس أثر الاحتراق الوظيفي بصورة مباشرة على جودة الرعاية الصحية.

الدراسة الرابعة Jun et al (2021).

هدفت دراسة Jun et al (2021) إلى مراجعة وتحليل الأدلة العلمية المتعلقة بالعلاقة بين الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين ونتائج الرعاية الصحية المقدمة للمرضى. وجاءت الدراسة في ظل تزايد الاهتمام العالمي بتأثير الضغوط المهنية على أداء الكوادر التمريضية وانعكاس ذلك على جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى. اعتمدت الدراسة منهج المراجعة المنهجية (Systematic Review)، حيث قام الباحثون بتحليل عدد كبير من الدراسات المنشورة في قواعد البيانات العلمية العالمية التي تناولت الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين وارتباطه بمؤشرات الأداء الصحي وجودة الرعاية الصحية. وتم اتباع معايير علمية دقيقة لاختيار الدراسات وتحليل نتائجها. وأظهرت نتائج الدراسة وجود أدلة قوية ومتسقة تشير إلى أن الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين يرتبط بصورة سلبية بجودة الرعاية الصحية. كما تبين أن ارتفاع مستويات الإجهاد العاطفي وتبلد المشاعر يرتبط بزيادة الأخطاء الطبية وانخفاض جودة الخدمات التمريضية وتراجع رضا المرضى عن الرعاية الصحية المقدمة. وأكدت الدراسة أن الاحتراق الوظيفي يمثل عامل خطر تنظيميًا ومهنيًا يؤثر في سلامة المرضى وكفاءة الأداء الصحي (Jun et al., 2021).

كما أشارت الدراسة إلى أن المؤسسات الصحية التي توفر بيئة عمل داعمة وبرامج فعالة للصحة المهنية تحقق مستويات أقل من الاحتراق الوظيفي ومستويات أعلى من جودة الرعاية الصحية.

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بقوة منهجيتها لاعتمادها على مراجعة منهجية شاملة لعدد كبير من الدراسات، الأمر الذي يعزز من قوة الأدلة المستخلصة منها. إلا أن اعتمادها على نتائج دراسات أجريت في بيئات صحية متعددة قد يؤدي إلى وجود تباين في النتائج المرتبطة بالاختلافات الثقافية والتنظيمية بين الدول.

وتتفق هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تأكيدها وجود علاقة سلبية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، كما تدعم الأساس النظري الذي تنطلق منه الدراسة الحالية. وقد استفادت الدراسة الحالية من هذه الدراسة في بناء الإطار النظري وتدعيم فرضيات الدراسة المتعلقة بتأثير الاحتراق الوظيفي على جودة الرعاية الصحية.

الدراسة الخامسة Alahmari et al (2022).

هدفت دراسة Alahmari et al (2022) إلى تحليل مدى انتشار الاحتراق الوظيفي بين العاملين في القطاع الصحي بمختلف تخصصاتهم، واستكشاف انعكاساته على جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى. وقد جاءت الدراسة في إطار الاهتمام المتزايد بالصحة المهنية للعاملين الصحيين باعتبارها أحد المحددات الرئيسة لجودة الرعاية الصحية. اعتمدت الدراسة منهج المراجعة المنهجية والتحليل النقدي للأدبيات العلمية المنشورة خلال السنوات الأخيرة، حيث تم تحليل عدد كبير من الدراسات التي تناولت الاحتراق الوظيفي بين الأطباء والمرضى والعاملين الصحيين في مختلف دول العالم.

وأظهرت النتائج أن الاحتراق الوظيفي يعد من أكثر المشكلات المهنية انتشارًا بين الكوادر الصحية، خاصة في البيئات التي تعاني من ارتفاع ضغط العمل ونقص الموارد البشرية. كما بينت النتائج أن الاحتراق الوظيفي يرتبط ارتباطًا مباشرًا بانخفاض جودة الخدمات الصحية، وزيادة احتمالية الأخطاء الطبية، وتراجع مستويات سلامة المرضى، وانخفاض الرضا الوظيفي لدى العاملين (Alahmari et al., 2022).

وأكدت الدراسة أن المؤسسات الصحية التي تتبنى استراتيجيات لدعم العاملين وتحسين بيئة العمل تحقق مستويات أقل من الاحتراق الوظيفي، الأمر الذي ينعكس إيجابًا على جودة الرعاية الصحية المقدمة.

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بشموليتها واتساع نطاق الدراسات التي تم تحليلها، مما يوفر صورة واضحة عن حجم المشكلة على المستوى العالمي. إلا أن طبيعتها القائمة على مراجعة الدراسات السابقة لا تسمح بإثبات العلاقة السببية المباشرة بين المتغيرات، وإنما تركز على تحليل الاتجاهات العامة والارتباطات المتكررة في الأدبيات العلمية. وترتبط هذه الدراسة بالدراسة الحالية من خلال تركيزها على الاحتراق الوظيفي باعتباره أحد المحددات الرئيسة لجودة الرعاية الصحية. كما تدعم الحاجة إلى إجراء دراسات تطبيقية في البيئات العربية والسعودية بشكل خاص لفهم طبيعة هذه العلاقة في سياقات تنظيمية مختلفة. وقد استفادت الدراسة الحالية من نتائج هذه الدراسة في تدعيم مبررات البحث وإبراز أهمية دراسة الاحتراق الوظيفي في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

الدراسة السادسة Alahmari et al (2022) .

هدفت دراسة Alahmari et al (2022) إلى تحليل مدى انتشار الاحتراق الوظيفي بين العاملين في القطاع الصحي بمختلف تخصصاتهم، واستكشاف انعكاساته على جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى. وقد جاءت الدراسة في إطار الاهتمام المتزايد بالصحة المهنية للعاملين الصحيين باعتبارها أحد المحددات الرئيسة لجودة الرعاية الصحية. اعتمدت الدراسة منهج المراجعة المنهجية والتحليل النقدي للأدبيات العلمية المنشورة خلال السنوات الأخيرة، حيث تم تحليل عدد كبير من الدراسات التي تناولت الاحتراق الوظيفي بين الأطباء والمرضى والعاملين الصحيين في مختلف دول العالم.

وأظهرت النتائج أن الاحتراق الوظيفي يعد من أكثر المشكلات المهنية انتشارًا بين الكوادر الصحية، خاصة في البيئات التي تعاني من ارتفاع ضغط العمل ونقص الموارد البشرية. كما بينت النتائج أن الاحتراق الوظيفي يرتبط ارتباطًا

مباشراً بانخفاض جودة الخدمات الصحية، وزيادة احتمالية الأخطاء الطبية، وتراجع مستويات سلامة المرضى، وانخفاض الرضا الوظيفي لدى العاملين (Alahmari et al., 2022).

وأكدت الدراسة أن المؤسسات الصحية التي تتبنى استراتيجيات لدعم العاملين وتحسين بيئة العمل تحقق مستويات أقل من الاحتراق الوظيفي، الأمر الذي ينعكس إيجاباً على جودة الرعاية الصحية المقدمة.

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بشموليتها واتساع نطاق الدراسات التي تم تحليلها، مما يوفر صورة واضحة عن حجم المشكلة على المستوى العالمي. إلا أن طبيعتها القائمة على مراجعة الدراسات السابقة لا تسمح بإثبات العلاقة السببية المباشرة بين المتغيرات، وإنما تركز على تحليل الاتجاهات العامة والارتباطات المتكررة في الأدبيات العلمية.

وترتبط هذه الدراسة بالدراسة الحالية من خلال تركيزها على الاحتراق الوظيفي باعتباره أحد المحددات الرئيسة لجودة الرعاية الصحية. كما تدعم الحاجة إلى إجراء دراسات تطبيقية في البيئات العربية والسعودية بشكل خاص لفهم طبيعة هذه العلاقة في سياقات تنظيمية مختلفة. وقد استفادت الدراسة الحالية من نتائج هذه الدراسة في تدعيم مبررات البحث وإبراز أهمية دراسة الاحتراق الوظيفي في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

الدراسة السابعة Ghasemi et al (2023).

هدفت دراسة Ghasemi et al (2023) إلى تقدير معدل انتشار الاحتراق الوظيفي بين الممرضين على المستوى العالمي، وتحليل تأثيره في الأداء المهني وجودة الخدمات الصحية المقدمة، وذلك من خلال مراجعة منهجية وتحليل تلوي للدراسات المنشورة في قواعد البيانات العلمية الدولية. وانطلقت الدراسة من تزايد الاهتمام العالمي بظاهرة الاحتراق الوظيفي بوصفها أحد أهم التحديات التي تواجه الأنظمة الصحية، لما لها من آثار مباشرة على العاملين والمرضى والمؤسسات الصحية.

واعتمدت الدراسة المنهج القائم على المراجعة المنهجية والتحليل التلوي (Systematic Review and Meta-analysis)، حيث جمعت الدراسات المنشورة وفق معايير علمية محددة، ثم حُللت نتائجها إحصائياً لاستخلاص تقدير أكثر دقة لانتشار الاحتراق الوظيفي والعوامل المرتبطة به. وقد شملت الدراسة عددًا كبيراً من البحوث التي أجريت في دول وبيئات صحية مختلفة، مما عزز من شمولية النتائج وإمكانية الاستفادة منها.

وأظهرت نتائج الدراسة أن الاحتراق الوظيفي يعد ظاهرة واسعة الانتشار بين الممرضين، وأن ارتفاع مستوياته يرتبط بانخفاض الأداء المهني، وضعف الالتزام بالمعايير المهنية، وتراجع جودة الرعاية الصحية، بالإضافة إلى زيادة احتمالية وقوع الأخطاء الطبية وانخفاض مستوى سلامة المرضى. كما بينت النتائج أن ارتفاع أعباء العمل، ونقص الدعم التنظيمي، وقلة الموارد البشرية، تمثل من أبرز العوامل المؤدية إلى الاحتراق الوظيفي (Ghasemi et al., 2023).

كما أوضحت الدراسة أن المؤسسات الصحية التي تطبق برامج داعمة للصحة النفسية وتحسن بيئة العمل تحقق معدلات أقل من الاحتراق الوظيفي، وهو ما ينعكس بصورة إيجابية على جودة الخدمات الصحية واستقرار القوى العاملة الصحية.

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بقوة تصميمها المنهجي لاعتمادها على التحليل التلوي، الذي يوفر مستوى مرتفعاً من قوة الأدلة مقارنة بالدراسات الفردية. كما أن تنوع البيانات الصحية التي شملتها الدراسة يزيد من القيمة العلمية لنتائجها. إلا أن اختلاف أدوات قياس الاحتراق الوظيفي بين الدراسات المشمولة قد يؤدي إلى وجود قدر من التباين في النتائج، كما أن اختلاف الأنظمة الصحية والثقافات التنظيمية بين الدول قد يؤثر في إمكانية تعميم النتائج على جميع البيانات الصحية.

وترتبط هذه الدراسة بالدراسة الحالية من خلال تأكيدها أن الاحتراق الوظيفي يمثل عاملاً مؤثراً في جودة الرعاية الصحية، كما تدعم فرضيات الدراسة الحالية المتعلقة بوجود تأثير سلبي للاحتراق الوظيفي على جودة الخدمات الصحية. واستفادت الدراسة الحالية من نتائجها في تدعيم الإطار النظري وإبراز أهمية دراسة هذه الظاهرة في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

الدراسة الثامنة Mahfouz et al (2023)

هدفت دراسة Mahfouz et al (2023) إلى التعرف على مستوى الاحتراق الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي بالمملكة العربية السعودية، وتحليل علاقته بجودة الحياة المهنية وبعض المتغيرات التنظيمية والشخصية. وجاءت الدراسة في ظل الاهتمام المتزايد بتحسين بيئة العمل في القطاع الصحي السعودي، بما يتوافق مع مستهدفات تطوير القطاع الصحي ورفع جودة الخدمات الصحية.

واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، حيث جُمعت البيانات باستخدام استبانة وزعت على عينة من العاملين في عدد من المؤسسات الصحية السعودية، وشملت أطباء وممرضين وأخصائيين صحيين. واستخدم الباحثون أدوات قياس معتمدة لقياس الاحتراق الوظيفي وجودة الحياة المهنية، كما أُجريت التحليلات الإحصائية المناسبة للكشف عن العلاقات بين المتغيرات.

وأظهرت النتائج أن نسبة ملحوظة من المشاركين يعانون من مستويات متوسطة إلى مرتفعة من الاحتراق الوظيفي، خاصة في بعد الإجهاد العاطفي. كما تبين وجود علاقة عكسية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الحياة المهنية، حيث ارتبط ارتفاع الاحتراق الوظيفي بانخفاض الرضا الوظيفي والإنتاجية المهنية، وهو ما ينعكس بصورة غير مباشرة على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين (Mahfouz et al., 2023).

وأوصت الدراسة بضرورة تطوير برامج للصحة النفسية المهنية، وتحسين بيئة العمل، وتعزيز الدعم الإداري، وتخفيف الضغوط المهنية، لما لذلك من أثر في الحد من الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الأداء داخل المؤسسات الصحية.

ومن الناحية النقدية، تكتسب الدراسة أهمية خاصة لكونها أجريت في البيئة السعودية، مما يجعل نتائجها أكثر ارتباطاً بسياق الدراسة الحالية. كما أنها شملت أكثر من فئة من فئات الكوادر الصحية، الأمر الذي يعزز من شمولية النتائج. ومع ذلك، فإن تركيز الدراسة على جودة الحياة المهنية أكثر من تركيزها على جودة الرعاية الصحية يمثل أحد

جوانب القصور، وهو ما تسعى الدراسة الحالية إلى معالجته من خلال قياس الأثر المباشر للاحتراق الوظيفي على جودة الرعاية الصحية.

وتتفق هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في اهتمامها بقياس الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية داخل المملكة العربية السعودية، إلا أنها تختلف عنها في المتغير التابع، حيث تركز الدراسة الحالية على جودة الرعاية الصحية بدلاً من جودة الحياة المهنية، مما يمنحها إضافة علمية جديدة تسهم في سد جزء من الفجوة البحثية في هذا المجال.

الدراسة التاسعة Quigley et al (2024).

هدفت دراسة Quigley et al (2024) إلى تحليل العلاقة بين الاحتراق الوظيفي لدى مقدمي الرعاية الصحية وجودة الخدمات الصحية وتجربة المرضى، مع التركيز على تأثير الاحتراق الوظيفي في سلامة المرضى ومستوى رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة. وانطلقت الدراسة من الاهتمام المتزايد بدمج مؤشرات الصحة المهنية للعاملين ضمن مؤشرات تقييم جودة الرعاية الصحية.

واعتمدت الدراسة المنهج الكمي التحليلي، حيث استخدمت بيانات مؤسسية وتقارير جودة الأداء في عدد من المؤسسات الصحية، إضافة إلى مقاييس معتمدة لقياس الاحتراق الوظيفي ومؤشرات تجربة المرضى وجودة الرعاية الصحية. كما استخدمت نماذج تحليل إحصائي متقدمة لدراسة العلاقة بين المتغيرات.

وأظهرت النتائج وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، حيث تبين أن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي لدى مقدمي الرعاية الصحية يرتبط بانخفاض رضا المرضى، وتراجع جودة التواصل معهم، وزيادة احتمالية وقوع الأخطاء المرتبطة بالرعاية الصحية. كما أكدت الدراسة أن تحسين بيئة العمل ودعم العاملين يسهم في رفع جودة الخدمات الصحية وتحسين تجربة المرضى (Quigley et al., 2024).

وأوصت الدراسة بضرورة إدراج مؤشرات الاحتراق الوظيفي ضمن أنظمة تقييم الأداء المؤسسي، واعتبار الصحة النفسية للعاملين الصحيين أحد المؤشرات الرئيسة لتحسين جودة الرعاية الصحية.

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بربطها بين الاحتراق الوظيفي وتجربة المرضى، وهو اتجاه حديث في بحوث الإدارة الصحية، كما أنها اعتمدت على بيانات مؤسسية فعلية إلى جانب المقاييس النفسية، مما يزيد من قوة نتائجها. إلا أن اقتصرها على مؤسسات صحية محددة قد يحد من إمكانية تعميم نتائجها على جميع القطاعات الصحية.

وترتبط هذه الدراسة ارتباطاً وثيقاً بالدراسة الحالية، إذ تتناول المتغيرين نفسيهما، وهما الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، كما تدعم الفرضية الرئيسة للدراسة الحالية التي تفترض وجود أثر ذي دلالة إحصائية للاحتراق الوظيفي على جودة الرعاية الصحية. وتختلف عنها في أن الدراسة الحالية ستركز على القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة، وهو سياق لم يحظَ بدراسة كافية في الأدبيات الحديثة.

الدراسة العاشرة Li & Yang (2024)

هدفت دراسة Li and Yang (2024) إلى تحليل العلاقة بين الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين وجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، وذلك من خلال مراجعة منهجية وتحليل تلوي للدراسات المنشورة عالميًا. وجاءت الدراسة استجابةً لتزايد الأدلة العلمية التي تشير إلى أن الاحتراق الوظيفي يمثل أحد أهم التحديات التي تواجه المؤسسات الصحية، لما له من آثار سلبية على الأداء المهني وجودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

واعتمدت الدراسة على منهج المراجعة المنهجية والتحليل التلوي (Systematic Review and Meta-analysis)، حيث شملت (85) دراسة منشورة في قواعد البيانات العلمية العالمية، واستوفت معايير إدراج صارمة لضمان جودة الدراسات المشمولة. كما استخدم الباحثان أساليب إحصائية متقدمة لتجميع النتائج وتحليل حجم التأثير بين الاحتراق الوظيفي ومؤشرات جودة الرعاية الصحية.

وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة سلبية قوية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، حيث ارتبط ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي بانخفاض جودة الرعاية المقدمة، وزيادة احتمالية وقوع الأخطاء الطبية، وانخفاض مستوى سلامة المرضى، إضافة إلى تراجع رضا المرضى عن الخدمات الصحية. كما أوضحت النتائج أن بعد الإجهاد العاطفي كان الأكثر تأثيرًا في انخفاض جودة الأداء المهني مقارنة ببعدي تبلد المشاعر وانخفاض الإنجاز الشخصي (Li & Yang, 2024).

وأشارت الدراسة إلى أن المؤسسات الصحية التي تتبنى استراتيجيات للحد من الضغوط المهنية، وتعزيز الدعم النفسي والتنظيمي للعاملين، تحقق مستويات أقل من الاحتراق الوظيفي، وهو ما ينعكس إيجابًا على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بقوة تصميمها المنهجي لاعتمادها على التحليل التلوي، الأمر الذي يمنح نتائجها درجة عالية من الموثوقية وقوة الاستدلال. كما أن شمولها عددًا كبيرًا من الدراسات يزيد من إمكانية تعميم نتائجها. ومع ذلك، فإن اختلاف البيئات الصحية وأدوات القياس المستخدمة في الدراسات المشمولة قد يؤدي إلى وجود تباين في حجم التأثير بين الدراسات، وهو ما أشار إليه الباحثان ضمن حدود الدراسة.

وتتفق هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تناولها للعلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، كما تدعم الفرضية الرئيسية التي تنطلق منها الدراسة الحالية، والتي تفترض وجود أثر ذي دلالة إحصائية للاحتراق الوظيفي على جودة الرعاية الصحية. إلا أنها تختلف عنها في طبيعتها؛ إذ اعتمدت على التحليل التلوي للدراسات السابقة، في حين تعتمد الدراسة الحالية على الدراسة الميدانية باستخدام الاستبانة داخل مؤسسات القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة. وقد استفادت الدراسة الحالية من نتائج هذه الدراسة في تدعيم الإطار النظري وصياغة الفرضيات، واختيار أبعاد الاحتراق الوظيفي التي سيتم قياسها.

الدراسة الحادية عشرة: Shanafelt et al. (2021)

هدفت دراسة Shanafelt et al. (2021) إلى استقصاء العلاقة بين الاحتراق الوظيفي لدى الأطباء وجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى في المستشفيات الأمريكية، مع التركيز على مدى تأثير الضغوط المهنية في الأداء السريري

واحتمالية وقوع الأخطاء الطبية. وانطلقت الدراسة من الاهتمام المتزايد بتأثير الصحة النفسية للعاملين الصحيين في جودة الخدمات الصحية المقدمة، خاصة في ظل الضغوط المتزايدة التي شهدها القطاع الصحي.

واعتمدت الدراسة المنهج الكمي الوصفي التحليلي، حيث استخدمت استبانة إلكترونية وُزعت على أكثر من (6000) طبيب يعملون في مستشفيات ومراكز صحية داخل الولايات المتحدة الأمريكية. كما استخدمت الدراسة مقياس Maslach Burnout Inventory (MBI) لقياس الاحتراق الوظيفي، إلى جانب مؤشرات معتمدة لقياس جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

وأظهرت نتائج الدراسة أن نسبة مرتفعة من الأطباء يعانون من مستويات متوسطة إلى مرتفعة من الاحتراق الوظيفي، خاصة في بعد الإجهاد العاطفي. كما بينت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ارتفاع الاحتراق الوظيفي وزيادة احتمالية ارتكاب الأخطاء الطبية، وانخفاض جودة الرعاية الصحية، وتراجع الالتزام بالممارسات السريرية الآمنة. وأكدت الدراسة أن الاحتراق الوظيفي يمثل عاملاً مؤثراً بصورة مباشرة في جودة الأداء المهني وسلامة المرضى (Shanafelt et al., 2021).

كما أوصت الدراسة بضرورة تبني المؤسسات الصحية برامج تنظيمية تهدف إلى تحسين بيئة العمل، وتقليل الضغوط المهنية، وتعزيز التوازن بين الحياة المهنية والشخصية، باعتبارها وسائل فعالة للحد من الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية.

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بكون حجم العينة، وهو ما يمنح نتائجها درجة مرتفعة من الثبات والموثوقية، كما اعتمدت على أدوات قياس معترف بها دولياً، الأمر الذي يعزز من مصداقية النتائج. إلا أن اقتصار الدراسة على الأطباء دون بقية فئات الكوادر الصحية قد يحد من إمكانية تعميم نتائجها على جميع العاملين في القطاع الصحي، كما أن طبيعة الدراسة المقطعية لا تسمح بإثبات العلاقة السببية بصورة قاطعة.

وترتبط هذه الدراسة ارتباطاً وثيقاً بالدراسة الحالية، إذ تؤكد أن الاحتراق الوظيفي يمثل أحد العوامل الرئيسة المؤثرة في جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، وهو ما يتفق مع الفرضية الرئيسة للدراسة الحالية. إلا أنها تختلف عنها من حيث مجتمع الدراسة؛ إذ ركزت على الأطباء فقط، بينما تشمل الدراسة الحالية مختلف فئات الكوادر الصحية العاملة في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة. وقد استفادت الدراسة الحالية من هذه الدراسة في تدعيم الإطار النظري، واختيار المؤشرات المناسبة لقياس العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية.

الدراسة الثانية عشر Quigley et al (2024)

هدفت دراسة Quigley et al (2024) إلى تحليل العلاقة بين الاحتراق الوظيفي لدى مقدمي الرعاية الصحية وثقافة الجودة المؤسسية، وتحسين الجودة، وقياس تجربة المرضى، والرضا الوظيفي في مؤسسات الرعاية الأولية. وانطلقت

الدراسة من فرضية أن الاحتراق الوظيفي لا يؤثر في الفرد فحسب، بل يمتد تأثيره إلى الثقافة التنظيمية للمؤسسة الصحية، الأمر الذي ينعكس على جودة الخدمات المقدمة للمستفيدين.

اعتمدت الدراسة المنهج الكمي الوصفي التحليلي، حيث جُمعت البيانات من مقدمي الرعاية الصحية العاملين في مؤسسات الرعاية الأولية، واستخدم الباحثون استبانة معيارية لقياس الاحتراق الوظيفي، إلى جانب مؤشرات خاصة بثقافة الجودة، وبرامج تحسين الجودة، وتجربة المرضى، والرضا الوظيفي. كما استخدمت الدراسة نماذج الانحدار الإحصائي لتحليل العلاقة بين المتغيرات.

وأظهرت النتائج وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق الوظيفي ومؤشرات تحسين الجودة، حيث تبين أن العاملين الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق الوظيفي كانوا أقل مشاركة في أنشطة تحسين الجودة، وأقل رضا عن بيئة العمل، كما سجلت المؤسسات التي ترتفع فيها معدلات الاحتراق الوظيفي نتائج أقل في مؤشرات تجربة المرضى وجودة الخدمة الصحية (Quigley et al., 2024).

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بدمجها بين الجوانب التنظيمية والسلوكية للعاملين، وعدم اقتصرها على قياس الاحتراق الوظيفي فقط، وهو ما يمنح نتائجها بعداً إدارياً مهماً في مجال الإدارة الصحية. إلا أن اقتصرها على قطاع الرعاية الأولية قد يحد من إمكانية تعميم نتائجها على المستشفيات والمراكز التخصصية.

وتتفق هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تأكيدها أن الاحتراق الوظيفي يؤثر بصورة مباشرة في جودة الخدمات الصحية، إلا أنها تختلف عنها في طبيعة البيئة التطبيقية؛ إذ تركز الدراسة الحالية على القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة، بينما ركزت الدراسة السابقة على مؤسسات الرعاية الأولية. وقد استفادت الدراسة الحالية من هذه الدراسة في دعم العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وثقافة الجودة المؤسسية.

الدراسة الثالثة عشرة: Rotenstein et al. (2024)

هدفت دراسة Rotenstein et al. (2024) إلى استقصاء العلاقة بين الاحتراق الوظيفي لدى الأطباء ومناخ العمل الجماعي وثقافة سلامة المرضى داخل المؤسسات الصحية الأمريكية، بهدف تحديد مدى تأثير بيئة العمل التنظيمية في مستويات الاحتراق الوظيفي.

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي باستخدام بيانات وطنية شملت عدداً كبيراً من الأطباء في مؤسسات صحية مختلفة، واعتمد الباحثون على مقاييس معتمدة لقياس الاحتراق الوظيفي، إلى جانب أدوات تقييم مناخ العمل الجماعي وثقافة السلامة.

وأظهرت النتائج أن المؤسسات التي تتمتع بمناخ عمل إيجابي وثقافة قوية لسلامة المرضى سجلت مستويات أقل من الاحتراق الوظيفي بين الأطباء، بينما ارتبط ضعف العمل الجماعي وانخفاض مستوى السلامة التنظيمية بارتفاع

مستويات الإجهاد العاطفي وتبلد المشاعر. كما أكدت الدراسة أن تحسين بيئة العمل يمثل أحد أهم التدخلات للحد من الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية.

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة باعتمادها على بيانات وطنية واسعة واستخدامها أدوات قياس موثوقة، إلا أنها ركزت على الأطباء فقط، ولم تشمل بقية الكوادر الصحية، الأمر الذي يحد من شمولية النتائج.

وترتبط هذه الدراسة بالدراسة الحالية من خلال تأكيدها أهمية العوامل التنظيمية في تفسير الاحتراق الوظيفي، وهو ما يتوافق مع الإطار النظري للدراسة الحالية، خاصة نموذج الطلبات والموارد الوظيفية (JD-R Model).

الدراسة الرابعة عشر: Li et al (2024)

هدفت دراسة Li et al (2024) إلى تقدير حجم العلاقة بين الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين وجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى ورضا المرضى، وذلك من خلال مراجعة منهجية وتحليل تلوي شمل (85) دراسة منشورة عالميًا.

اعتمدت الدراسة منهج المراجعة المنهجية والتحليل التلوي وفق إرشادات PRISMA، وشملت بيانات أكثر من (288,000) ممرض من دول متعددة، واستخدمت أساليب إحصائية متقدمة لتقدير حجم التأثير.

وأظهرت النتائج أن الاحتراق الوظيفي يرتبط بانخفاض جودة الرعاية الصحية، وانخفاض رضا المرضى، وتراجع ثقافة سلامة المرضى، مع زيادة الأخطاء الدوائية وحوادث السقوط والأحداث السلبية داخل المؤسسات الصحية. كما بينت النتائج أن بعدي الإجهاد العاطفي وتبلد المشاعر كانا الأكثر تأثيرًا مقارنة بانخفاض الإنجاز الشخصي.

ومن الناحية النقدية، تعد الدراسة من أقوى الأدلة العلمية الحديثة لاعتمادها على التحليل التلوي وحجم عينة ضخمة، إلا أن غالبية الدراسات المشمولة كانت مقطعية، وهو ما يحد من إمكانية استنتاج العلاقة السببية بصورة قاطعة.

وترتبط هذه الدراسة ارتباطاً مباشراً بالدراسة الحالية، إذ تؤكد الفرضية الرئيسة التي تنطلق منها الدراسة حول التأثير السلبي للاحتراق الوظيفي على جودة الرعاية الصحية، كما تدعم اختيار أبعاد الاحتراق الوظيفي المستخدمة في الدراسة الحالية.

الدراسة الخامسة عشرة: Montgomery et al (2021)

هدفت دراسة Montgomery et al (2021) إلى فحص العلاقة بين الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين والأخطاء الدوائية داخل مستشفيات الرعاية الحادة، مع التركيز على تأثير الاحتراق الوظيفي في سلامة المرضى وجودة الأداء التمريضي.

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت استبانات معيارية لقياس الاحتراق الوظيفي والأخطاء الدوائية المبلغ عنها ذاتيًا لدى الممرضين العاملين في مستشفيات الرعاية الحادة.

وأظهرت النتائج أن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي، وخاصة الإجهاد العاطفي، كان مرتبطاً بزيادة احتمال وقوع أخطاء إعطاء الأدوية، مما يشير إلى أن الاحتراق الوظيفي يمثل عامل خطر مباشر يؤثر في سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية. كما أوصت الدراسة بضرورة تبني برامج مؤسسية لتحسين بيئة العمل وتقليل الضغوط المهنية للحد من الأخطاء السريرية.

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بتركيزها على مؤشر سريري عملي (الأخطاء الدوائية)، وهو ما يمنح نتائجها قيمة تطبيقية كبيرة، إلا أن اعتمادها على التقارير الذاتية قد يؤدي إلى التقليل من حجم الأخطاء الفعلية.

وتتفق هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في اعتبار الاحتراق الوظيفي عاملاً مؤثراً في جودة الرعاية الصحية، كما تدعم اختبار جودة الرعاية الصحية بوصفها المتغير التابع في الدراسة الحالية.

الدراسة السادسة عشر Woo et al (2023)

هدفت دراسة Woo et al (2023) إلى تحليل العلاقة بين الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين وجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، من خلال مراجعة منهجية وتحليل تلوي للدراسات المنشورة عالمياً. وانطلقت الدراسة من تزايد الأدلة العلمية التي تشير إلى أن الاحتراق الوظيفي لا يقتصر أثره على صحة العاملين، وإنما يمتد ليؤثر بصورة مباشرة في جودة الرعاية الصحية ونتائج المرضى.

اعتمدت الدراسة منهج المراجعة المنهجية والتحليل التلوي (Systematic Review and Meta-analysis)، حيث جرى تحليل الدراسات المنشورة وفق معايير PRISMA، مع تقييم جودة الدراسات واستخدام نماذج إحصائية لقياس حجم العلاقة بين الاحتراق الوظيفي ومؤشرات جودة الرعاية الصحية.

وأظهرت النتائج وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، حيث ارتبطت المستويات المرتفعة من الاحتراق الوظيفي بانخفاض جودة الأداء التمريضي، وتراجع سلامة المرضى، وانخفاض رضاهم عن الخدمات الصحية، إضافة إلى زيادة احتمالية وقوع الأخطاء السريرية. كما أشارت الدراسة إلى أن المؤسسات التي توفر دعماً تنظيمياً للعاملين تسجل معدلات أقل من الاحتراق الوظيفي ومستويات أعلى من جودة الرعاية الصحية (Woo et al., 2023).

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بقوة منهجيتها لاعتمادها على التحليل التلوي، وهو ما يمنح نتائجها درجة مرتفعة من الموثوقية. كما أنها شملت دراسات من دول متعددة، مما يعزز من إمكانية تعميم النتائج. إلا أن اختلاف أدوات قياس الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية بين الدراسات المشمولة قد يفسر جزءاً من التباين في النتائج.

وتتفق هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تأكيدها أن الاحتراق الوظيفي يمثل أحد أهم العوامل المؤثرة في جودة الرعاية الصحية، كما تدعم الفرضية الرئيسية للدراسة الحالية. وقد استفادت الدراسة الحالية من هذه الدراسة في تدعيم الإطار النظري وصياغة فرضيات البحث.

الدراسة السابعة عشر (Dyrbye et al., 2023)

هدفت دراسة Dyrbye et al. (2023) إلى تحليل أثر العوامل التنظيمية في مستويات الاحتراق الوظيفي لدى الأطباء والعاملين الصحيين، وبيان انعكاس ذلك على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وشملت عينة كبيرة من الأطباء في عدد من المستشفيات الأمريكية، حيث استخدمت استبانات معيارية لقياس الاحتراق الوظيفي، ومستوى الدعم التنظيمي، والرضا الوظيفي، بالإضافة إلى مؤشرات جودة الأداء. وأظهرت النتائج أن ارتفاع عبء العمل، وضعف القيادة الإدارية، وقلة الدعم المؤسسي تعد من أكثر العوامل ارتباطاً بارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي. كما بينت النتائج أن انخفاض مستويات الاحتراق الوظيفي ارتبط بتحسين جودة الأداء السريري وارتفاع مستوى رضا المرضى (Dyrbye et al., 2023). ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بشمولها عددًا كبيرًا من المؤسسات الصحية، إلا أنها اقتصررت على الأطباء دون بقية فئات الكوادر الصحية، وهو ما قد يحد من تعميم النتائج. وترتبط هذه الدراسة بالدراسة الحالية من خلال تأكيدها الدور المحوري للعوامل التنظيمية في الحد من الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية، وهو ما يتوافق مع نموذج الطلبات والموارد الوظيفية (JD-R Model) الذي تستند إليه الدراسة الحالية.

الدراسة الثامنة عشرة: West et al. (2023)

هدفت دراسة West et al. (2023) إلى تقييم أثر التدخلات التنظيمية المطبقة داخل المؤسسات الصحية في الحد من الاحتراق الوظيفي لدى العاملين الصحيين وتحسين جودة الخدمات الصحية. اعتمدت الدراسة منهج المراجعة المنهجية، حيث تم تحليل الدراسات التي تناولت برامج التدخل التنظيمي مثل تحسين بيئة العمل، وتقليل ساعات العمل، وتعزيز الدعم الإداري. وأظهرت النتائج أن التدخلات التنظيمية أسهمت في خفض مستويات الاحتراق الوظيفي بصورة ملحوظة، كما انعكس ذلك إيجاباً على جودة الرعاية الصحية، وتحسين رضا المرضى، وتقليل معدلات الأخطاء الطبية (West et al., 2023). ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بتركيزها على الحلول التطبيقية وليس مجرد وصف المشكلة، إلا أن اختلاف طبيعة التدخلات بين الدراسات المشمولة أدى إلى تباين في حجم التأثير. وترتبط هذه الدراسة بالدراسة الحالية من خلال إبرازها أهمية التدخلات الإدارية في تحسين جودة الرعاية الصحية، وهو ما ينسجم مع أهداف الدراسة الحالية في تقديم توصيات عملية للقطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

الدراسة التاسعة عشرة: Reith (2023)

هدفت دراسة Reith (2023) إلى تحليل تأثير الاحتراق الوظيفي لدى الأطباء على جودة الأداء السريري وسلامة المرضى داخل المؤسسات الصحية، مع التركيز على الانعكاسات المهنية والتنظيمية للاحتراق الوظيفي.

اعتمدت الدراسة المنهج التحليلي من خلال مراجعة الأدبيات الحديثة وتحليل نتائج البحوث المنشورة في مجال الصحة المهنية.

وأظهرت النتائج أن الاحتراق الوظيفي يؤثر بصورة مباشرة في كفاءة الأداء السريري، ويزيد من احتمالية الأخطاء الطبية، ويؤدي إلى انخفاض جودة الرعاية الصحية، كما يرتبط بارتفاع معدلات دوران العاملين والغياب الوظيفي (Reith, 2023).

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بتقديمها تفسيرًا متكاملًا للآثار الفردية والتنظيمية للاحتراق الوظيفي، إلا أنها دراسة مراجعة نظرية، وبالتالي لا تقدم بيانات ميدانية مباشرة.

وتستفيد الدراسة الحالية من هذه الدراسة في دعم تفسير العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، وإبراز الآثار التنظيمية للاحتراق الوظيفي على المؤسسات الصحية.

الدراسة العشرون: Tawfik et al (2024)

هدفت دراسة Tawfik et al (2024) إلى تحليل العلاقة بين الاحتراق الوظيفي لدى العاملين الصحيين وجودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، مع التركيز على المؤشرات السريرية المرتبطة بالأداء المهني داخل المستشفيات.

اعتمدت الدراسة المنهج الكمي التحليلي، حيث استخدمت بيانات مؤسسية واستبانات لقياس الاحتراق الوظيفي ومؤشرات جودة الرعاية الصحية، إضافة إلى تحليل السجلات المتعلقة بالأحداث السلبية وسلامة المرضى.

وأظهرت النتائج وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، حيث أدى ارتفاع الاحتراق الوظيفي إلى انخفاض الالتزام بالإجراءات السريرية، وزيادة الأخطاء الطبية، وانخفاض رضا المرضى عن الخدمات الصحية. كما أكدت الدراسة أن تحسين بيئة العمل والدعم المؤسسي يساهمان في خفض الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية (Tawfik et al., 2024).

ومن الناحية النقدية، تتميز الدراسة بدمجها بين البيانات الميدانية والمؤشرات السريرية الفعلية، مما يعزز من قوة نتائجها. إلا أن اختلاف الأنظمة الصحية بين المؤسسات المشاركة قد يؤثر في تعميم النتائج.

وترتبط هذه الدراسة ارتباطاً وثيقاً بالدراسة الحالية، إذ تدعم الفرضية الرئيسية التي تنطلق منها الدراسة، وتؤكد أن الاحتراق الوظيفي يمثل أحد العوامل الرئيسية المؤثرة في جودة الرعاية الصحية داخل المؤسسات الصحية، وهو ما تسعى الدراسة الحالية إلى اختباره في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

التعقيب على الدراسات السابقة

يتضح من استعراض الدراسات السابقة أن الاحتراق الوظيفي يُعد من أبرز التحديات التي تواجه الكوادر الصحية، لما له من تأثيرات مباشرة وغير مباشرة في جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى والأداء المؤسسي. وقد اتفقت غالبية الدراسات على أن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي يرتبط بانخفاض جودة الخدمات الصحية، وارتفاع احتمالية الأخطاء الطبية، وتراجع رضا المرضى، وانخفاض الرضا الوظيفي لدى العاملين.

كما أظهرت الدراسات تنوعاً في العوامل المسببة للاحتراق الوظيفي، حيث ركزت بعض الدراسات على عبء العمل، وضغوط بيئة العمل، ونقص الموارد البشرية، في حين تناولت دراسات أخرى أثر القيادة التنظيمية والدعم الإداري والمرونة التنظيمية في الحد من الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية.

ورغم ثراء الأدبيات العلمية، فإن معظم الدراسات اعتمدت المنهج الوصفي المقطعي، واستخدمت أدوات قياس موحدة مثل مقياس ماسلاش للاحتراق الوظيفي (MBI)، مع اختلاف في البيئات الصحية والعينات المستهدفة، الأمر الذي يعكس أهمية إعادة دراسة الظاهرة في سياقات مختلفة تتناسب مع طبيعة الأنظمة الصحية المحلية.

أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة

أولاً: أوجه الاتفاق

أظهرت الدراسات السابقة توافقاً واضحاً حول وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، حيث أشارت غالبية النتائج إلى أن زيادة مستويات الاحتراق الوظيفي تؤدي إلى انخفاض جودة الأداء المهني، وارتفاع معدل الأخطاء الطبية، وانخفاض رضا المرضى. كما اتفقت الدراسات على أن ضغوط العمل، وزيادة أعداد المرضى، وطول ساعات العمل، وضعف الدعم التنظيمي تعد من أهم العوامل المؤدية للاحتراق الوظيفي بين العاملين في القطاع الصحي.

كذلك أجمعت معظم الدراسات على أن معالجة الاحتراق الوظيفي تتطلب تدخلات تنظيمية وإدارية، وليس الاعتماد فقط على تنمية مهارات الفرد في التكيف مع الضغوط.

ثانياً: أوجه الاختلاف

رغم اتفاق الدراسات على العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، فقد اختلفت في عدة جوانب، من أبرزها اختلاف البيئات التطبيقية؛ إذ أجريت بعض الدراسات في مستشفيات حكومية، بينما ركزت أخرى على المستشفيات الجامعية أو المراكز الصحية أو أقسام طبية محددة مثل الطوارئ والعناية المركزة.

كما اختلفت في الفئات المستهدفة، حيث اقتصر بعض الدراسات على الأطباء أو الممرضين أو أخصائيي العلاج التنفسي، في حين تناولت دراسات أخرى مختلف الكوادر الصحية. كذلك تنوعت أدوات قياس جودة الرعاية

الصحية، فاعتمدت بعض الدراسات على مؤشرات سلامة المرضى، بينما ركزت أخرى على رضا المرضى أو جودة الأداء السريري أو جودة الحياة الوظيفية.

الفجوة البحثية

يتبين من مراجعة الدراسات السابقة وجود نقص واضح في الدراسات التي تناولت العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية داخل مستشفيات القطاع الصحي الخاص في مدينة جدة بصورة شاملة. فعلى الرغم من وجود عدد من الدراسات السعودية، إلا أن معظمها ركز على تخصصات أو أقسام محددة، أو تناول الاحتراق الوظيفي بوصفه متغيراً مستقلاً دون الربط المتكامل بمؤشرات جودة الرعاية الصحية.

كما أن غالبية الدراسات أجريت خلال فترة جائحة كوفيد-19، وهو ما قد يجعل نتائجها مرتبطة بظروف استثنائية تختلف عن الواقع الحالي للقطاع الصحي. إضافة إلى ذلك، لا تزال هناك حاجة إلى دراسات تستهدف جميع فئات الكوادر الصحية العاملة في المستشفيات الخاصة، بما يسهم في تقديم نتائج أكثر شمولاً يمكن الاستفادة منها في تطوير السياسات الإدارية وتحسين جودة الخدمات الصحية.

ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة

تتميز الدراسة الحالية بعدة جوانب تسهم في إثراء الأدبيات العلمية، من أهمها:

* تركيزها على القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة، وهو قطاع يشهد توسعاً متسارعاً في ظل برنامج تحول القطاع الصحي ورؤية المملكة العربية السعودية 2030.

* شمولها جميع فئات الكوادر الصحية، وعدم اقتصرها على فئة مهنية واحدة.

* تناولها العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية في نموذج بحثي واحد، بما يسمح بفهم التأثير المباشر للاحتراق الوظيفي على جودة الخدمات الصحية.

* اعتمادها على بيانات ميدانية حديثة تعكس واقع بيئة العمل الحالية بعد انتهاء الظروف الاستثنائية المرتبطة بجائحة كوفيد-19.

* تقديم نتائج يمكن أن تدعم متخذي القرار في المستشفيات الخاصة عند وضع برامج للحد من الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية.

الإطار النظري

المبحث الأول الاحتراق الوظيفي

المطلب الأول: مفهوم الاحتراق الوظيفي

يُعد الاحتراق الوظيفي (Burnout) أحد المفاهيم الحديثة نسبيًا في مجال السلوك التنظيمي والإدارة الصحية، وقد حظي باهتمام واسع خلال العقود الأخيرة نتيجة لما يترتب عليه من آثار سلبية تمس العاملين والمؤسسات على حد سواء، ولا سيما في القطاع الصحي الذي يتسم بارتفاع مستويات الضغط المهني، وكثرة المسؤوليات، والتعامل المستمر مع الحالات الإنسانية والمرضى. وأصبح الاحتراق الوظيفي من القضايا الرئيسية التي تشغل الباحثين وصناع القرار؛ نظرًا لارتباطه بانخفاض كفاءة الأداء، وارتفاع معدلات الأخطاء المهنية، وتراجع جودة الرعاية الصحية، وزيادة معدلات دوران العاملين والغياب الوظيفي (World Health Organization [WHO], 2019).

ويرجع الاستخدام العلمي الأول لمفهوم الاحتراق الوظيفي إلى الطبيب النفسي Herbert Freudenberger عام 1974، عندما استخدم المصطلح لوصف حالة من الإرهاق الجسدي والانفعالي وفقدان الدافعية التي لاحظها لدى العاملين في المؤسسات الصحية والخدمية نتيجة التعرض المستمر لضغوط العمل. وقد أوضح أن الاحتراق الوظيفي يمثل استجابة نفسية وجسدية للضغوط المهنية المزمنة التي تتجاوز قدرة الفرد على التكيف معها، فتؤدي تدريجيًا إلى استنزاف طاقته النفسية والجسمية وانخفاض كفاءته المهنية (Freudenberger, 1974).

وفي مرحلة لاحقة، طورت الباحثة Christina Maslach وزملاؤها المفهوم بصورة أكثر شمولًا، حيث عرّفت الاحتراق الوظيفي بأنه متلازمة نفسية تنشأ نتيجة التعرض المزمّن للضغوط المهنية، وتتكون من ثلاثة أبعاد رئيسية هي: الإجهاد العاطفي، وتبلد المشاعر، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي (Maslach & Jackson, 1981). ويُعد هذا التعريف من أكثر التعريفات قبولًا في الأدبيات العلمية، كما استندت إليه معظم الدراسات الحديثة في قياس الاحتراق الوظيفي، من خلال مقياس ماسلاش للاحتراق الوظيفي (Maslach Burnout Inventory).

وقد اعتمدت World Health Organization في الإصدار الحادي عشر من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) الاحتراق الوظيفي بوصفه ظاهرة مهنية (Occupational Phenomenon)، وليس مرضًا مستقلًا، وينتج عن ضغوط العمل المزمنة التي لم تُدار بصورة فعالة. كما حددت المنظمة ثلاثة مظاهر رئيسية للاحتراق الوظيفي تتمثل في الشعور باستنزاف الطاقة، وزيادة التباعد الذهني أو السلبية تجاه العمل، وانخفاض الكفاءة المهنية (WHO, 2019).

وفي السياق الإداري، يُنظر إلى الاحتراق الوظيفي على أنه نتيجة لاختلال التوازن بين متطلبات العمل والموارد المتاحة للعامل، فعندما تتجاوز متطلبات الوظيفة قدرات الفرد وإمكاناته لفترات طويلة دون وجود دعم تنظيمي كافٍ، يصبح أكثر عرضة للإصابة بالاحتراق الوظيفي، الأمر الذي ينعكس سلبًا على أدائه المهني وسلوكه التنظيمي وجودة الخدمات التي يقدمها (Bakker & Demerouti, 2017).

أما في القطاع الصحي، فتزداد أهمية دراسة الاحتراق الوظيفي بسبب طبيعة العمل التي تتطلب اتخاذ قرارات دقيقة وسريعة، والتعامل مع حالات مرضية حرجة، والعمل لساعات طويلة، فضلًا عن الضغوط النفسية الناتجة عن

المسؤولية المباشرة تجاه حياة المرضى. لذلك تشير الأدبيات الحديثة إلى أن العاملين الصحيين يُعدون من أكثر الفئات المهنية عرضة للاحتراق الوظيفي مقارنة بغيرهم، وهو ما يؤثر بصورة مباشرة في جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى ورضا المستفيدين (Li et al., 2024).

وفي ضوء ما سبق، يمكن تعريف الاحتراق الوظيفي إجرائيًا في هذه الدراسة بأنه: حالة من الإجهاد العاطفي والاستنزاف النفسي والبدني، يصاحبها تبلد في المشاعر وانخفاض في الشعور بالإنجاز المهني، تنتج عن التعرض المستمر لضغوط العمل لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة، وتقاس من خلال الأبعاد الثلاثة لمقياس ماسلاش للاحتراق الوظيفي (MBI).

ويتضح من العرض السابق أن مفهوم الاحتراق الوظيفي تطور من كونه وصفًا لحالة إرهاق نفسي تصيب العاملين، إلى كونه إطارًا نظريًا متكاملًا يفسر تأثير الضغوط المهنية في الأداء الوظيفي وجودة الخدمات. كما أصبح يمثل أحد المؤشرات الرئيسية التي تعتمد عليها المؤسسات الصحية عند تقييم بيئة العمل، لما له من انعكاسات مباشرة على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى وكفاءة الأداء المؤسسي، وهو ما يجعل دراسته في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة ذات أهمية علمية وعملية كبيرة.

المطلب الثاني: نشأة وتطور مفهوم الاحتراق الوظيفي

يُعد مفهوم الاحتراق الوظيفي من المفاهيم الحديثة نسبيًا في الأدبيات الإدارية والنفسية، إذ بدأ الاهتمام به بصورة واضحة خلال سبعينيات القرن العشرين نتيجة التغيرات التي شهدتها بيئات العمل، وارتفاع الضغوط المهنية، وزيادة متطلبات الأداء، خاصة في المهن الإنسانية التي تتطلب تفاعلًا مباشرًا ومستمرًا مع الأفراد، كالقطاع الصحي والتعليمي والاجتماعي. وقد أدى ذلك إلى ظهور الحاجة إلى تفسير الآثار النفسية والسلوكية المترتبة على الضغوط المهنية المزمنة، مما أسهم في بلورة مفهوم الاحتراق الوظيفي وتطويره تدريجيًا حتى أصبح أحد أهم الموضوعات في الإدارة الصحية والسلوك التنظيمي (Maslach et al., 2001).

ويرجع الفضل في استخدام مصطلح الاحتراق الوظيفي لأول مرة إلى الطبيب النفسي Herbert Freudenberger عام 1974، عندما لاحظ أن العاملين في المراكز الصحية والتطوعية يعانون من حالات متكررة من الإرهاق الجسدي والنفسي، وفقدان الحماس للعمل، وتراجع الكفاءة المهنية نتيجة التعرض المستمر للضغوط المهنية. وقد وصف هذه الحالة بأنها استنزاف تدريجي للطاقة النفسية والجسمية يؤدي إلى انخفاض القدرة على الأداء، وأطلق عليها مصطلح Burnout أو الاحتراق الوظيفي (Freudenberger, 1974).

ورغم أهمية إسهام فريدنبرغر في التعريف بالمفهوم، فإن تعريفه اقتصر على الوصف العام للظاهرة، دون تقديم إطار نظري متكامل يفسر أبعادها أو يحدد آليات قياسها، الأمر الذي دفع الباحثين لاحقًا إلى تطوير المفهوم بصورة أكثر شمولًا.

وفي نهاية السبعينيات وبداية الثمانينيات، قدمت الباحثة Christina Maslach إسهامًا علميًا بارزًا في تطوير مفهوم الاحتراق الوظيفي، حيث أجرت سلسلة من الدراسات على العاملين في المهن الخدمية، وتوصلت إلى أن الاحتراق الوظيفي لا يمثل مجرد شعور بالإجهاد، بل هو متلازمة نفسية متعددة الأبعاد تنشأ نتيجة التعرض المزمن لضغوط العمل. وأسفرت هذه الجهود عن تطوير مقياس ماسلاش للاحتراق الوظيفي (Maslach Burnout Inventory - MBI)، الذي أصبح الأداة الأكثر استخدامًا عالميًا في قياس الاحتراق الوظيفي (Maslach & Jackson, 1981).

ومع اتساع استخدام المقياس، أصبح الاحتراق الوظيفي يُفسر من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية، هي: الإجهاد العاطفي الذي يعبر عن الشعور بالاستنزاف وفقدان الطاقة، وتبلد المشاعر الذي يتمثل في تكوين اتجاهات سلبية أو لا مبالية تجاه المستفيدين من الخدمة، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي الذي يعكس إحساس الفرد بانخفاض كفاءته المهنية وعدم قدرته على تحقيق النجاح في أداء مهامه. وقد أصبحت هذه الأبعاد الأساس الذي اعتمدته معظم الدراسات اللاحقة في تفسير الاحتراق الوظيفي وقياسه (Maslach et al., 2001).

وخلال تسعينيات القرن الماضي، شهد مفهوم الاحتراق الوظيفي تطورًا ملحوظًا، حيث انتقل الاهتمام من التركيز على الخصائص الشخصية للعاملين إلى دراسة العوامل التنظيمية المؤدية للاحتراق الوظيفي، مثل عبء العمل، وغموض الدور، وضعف العدالة التنظيمية، ونقص الدعم الإداري، وبيئة العمل غير الصحية. وأسهم هذا التحول في ظهور نماذج تفسيرية حديثة، من أبرزها نظرية المحافظة على الموارد (Conservation of Resources Theory) التي قدمها Stevan E. Hobfoll، والتي تفسر الاحتراق الوظيفي بوصفه نتيجة لفقدان الموارد الشخصية أو التنظيمية أو التهديد بفقدانها، مما يؤدي إلى استنزاف الطاقة النفسية والجسمية للعاملين (Hobfoll, 1989).

وفي مطلع الألفية الجديدة، قدم Arnold B. Bakker و*Evangelia Demerouti* نموذج الطلبات والموارد الوظيفية (Job Demands–Resources Model)، الذي يعد من أكثر النماذج استخدامًا في تفسير الاحتراق الوظيفي في الدراسات المعاصرة. ويرى هذا النموذج أن الاحتراق الوظيفي يحدث عندما تتجاوز متطلبات العمل الموارد المتاحة للعامل، سواء كانت موارد تنظيمية أو اجتماعية أو شخصية، مما يؤدي إلى استنزاف طاقته وانخفاض دافعيته، وبالتالي تراجع جودة الأداء الوظيفي (Bakker & Demerouti, 2017).

وفي السنوات الأخيرة، ولا سيما بعد جائحة COVID-19، ازداد الاهتمام العالمي بدراسة الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية، نتيجة للضغوط غير المسبوقة التي تعرض لها العاملون في القطاع الصحي. وقد أظهرت العديد من الدراسات الحديثة ارتفاع معدلات الاحتراق الوظيفي بين الأطباء والممرضين والعاملين الصحيين، وارتباطه بانخفاض جودة الرعاية الصحية، وزيادة الأخطاء الطبية، وتراجع رضا المرضى، وارتفاع معدلات ترك العمل (Shanafelt et al., 2021; Li et al., 2024).

واعترافًا بأهمية هذه الظاهرة، أدرجت World Health Organization الاحتراق الوظيفي ضمن الإصدار الحادي عشر من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) بوصفه ظاهرة مهنية تنتج عن الضغوط المزمنة في بيئة العمل التي لم تُدار بصورة فعالة، مؤكدة أنه لا يُعد مرضًا بحد ذاته، وإنما يمثل متلازمة تؤثر في الصحة المهنية والأداء الوظيفي للعاملين (WHO, 2019).

ويتضح من التطور التاريخي للمفهوم أن الاحتراق الوظيفي انتقل من كونه وصفًا لحالة فردية من الإرهاق النفسي إلى إطار علمي متكامل يفسر العلاقة بين بيئة العمل والصحة النفسية والأداء المؤسسي. كما أصبح أحد المؤشرات الأساسية التي تعتمد عليها المؤسسات الصحية في تقييم بيئة العمل وجودة الأداء، لما له من تأثير مباشر في جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، وهو ما يبرر اختياره متغيرًا مستقلًا في الدراسة الحالية التي تسعى إلى تحليل أثره في جودة الرعاية الصحية داخل القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

المطلب الثالث: أبعاد الاحتراق الوظيفي

يُعد الاحتراق الوظيفي ظاهرة متعددة الأبعاد، ولا يقتصر على الشعور بالإجهاد أو الإرهاق الناتج عن ضغوط العمل، بل يمثل متلازمة نفسية مركبة تتطور تدريجيًا نتيجة التعرض المستمر للضغوط المهنية دون توافر الموارد الكافية للتكيف معها. وقد توصلت الباحثة Christina Maslach وزملاؤها إلى أن الاحتراق الوظيفي يتكون من ثلاثة أبعاد رئيسة مترابطة، وهي: الإجهاد العاطفي، وتبلد المشاعر، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي، وهي الأبعاد التي يقوم عليها مقياس ماسلاش للاحتراق الوظيفي (Maslach Burnout Inventory - MBI)، والذي يُعد الأداة الأكثر استخدامًا عالميًا في قياس الاحتراق الوظيفي، خاصة في القطاع الصحي (Maslach & Jackson, 1981؛ Maslach et al., 2001).

وتُعد هذه الأبعاد مترابطة فيما بينها، إلا أن كل بُعد يعكس جانبًا مختلفًا من تجربة الاحتراق الوظيفي، ويؤثر بدرجات متفاوتة في الأداء المهني وجودة الرعاية الصحية.

أولاً: الإجهاد العاطفي (Emotional Exhaustion)

يُعد الإجهاد العاطفي البعد الأساسي والأكثر تأثيرًا في تكوين الاحتراق الوظيفي، ويشير إلى شعور العامل بالاستنزاف النفسي والانفعالي نتيجة التعرض المستمر لضغوط العمل ومتطلباته المتزايدة، حتى يصبح غير قادر على تقديم الجهد أو الطاقة اللازمة لأداء مهامه بكفاءة. ويظهر هذا البعد عندما يشعر الفرد بأن موارده النفسية قد استُنفدت، وأنه لم يعد قادرًا على الاستجابة لمتطلبات العمل أو التعامل مع الآخرين بالحماس نفسه الذي كان يتمتع به سابقًا (Maslach et al., 2001).

ويزداد الإجهاد العاطفي بصورة ملحوظة بين الكوادر الصحية بسبب طبيعة العمل التي تتطلب التعامل المستمر مع المرضى وذويهم، واتخاذ قرارات علاجية دقيقة، والعمل لساعات طويلة، فضلاً عن التعرض للمواقف الإنسانية الصعبة والضغوط النفسية المتكررة. وتشير الدراسات الحديثة إلى أن الإجهاد العاطفي يُعد أكثر أبعاد الاحتراق الوظيفي ارتباطاً بانخفاض جودة الرعاية الصحية، حيث يؤدي إلى ضعف التركيز، وتراجع القدرة على اتخاذ القرار، وزيادة احتمالية وقوع الأخطاء الطبية (Li et al., 2024).

كما أوضح Arnold B. Bakker و*Evangelia Demerouti* أن استمرار ارتفاع متطلبات العمل دون توفير موارد تنظيمية كافية يؤدي إلى استنزاف الطاقة النفسية للعاملين، وهو ما يمثل نقطة البداية لظهور الاحتراق الوظيفي وفق نموذج الطلبات والموارد الوظيفية (Bakker & Demerouti, 2017) (JD-R Model).

ثانيًا: تبلد المشاعر (Depersonalization)

يمثل تبلد المشاعر البعد الثاني للاحتراق الوظيفي، ويشير إلى تكوين اتجاهات سلبية أو لا مبالية تجاه الآخرين، خاصة المستفيدين من الخدمة أو المرضى، بحيث يصبح العامل أقل تعاطفًا وأكثر جفاءً في تعامله معهم، وقد ينظر إليهم باعتبارهم أعباءً وظيفية بدلًا من كونهم أشخاصًا يحتاجون إلى الرعاية والاهتمام (Maslach & Jackson, 1981).

ويُفسر هذا البعد بوصفه آلية دفاع نفسي يستخدمها العامل للتقليل من الضغوط الانفعالية الناتجة عن طبيعة العمل، إلا أن استمرار هذا السلوك يؤدي إلى تراجع جودة العلاقة بين مقدم الخدمة الصحية والمريض، وانخفاض مستوى التواصل الفعال، وضعف الثقة المتبادلة، وهو ما ينعكس سلبيًا على جودة الرعاية الصحية ورضا المرضى.

وفي القطاع الصحي، قد يظهر تبلد المشاعر في صورة تعامل آلي مع المرضى، أو ضعف الاهتمام باحتياجاتهم النفسية، أو انخفاض مستوى التعاطف، أو تجنب التفاعل الإنساني معهم. وقد أكدت العديد من الدراسات أن ارتفاع هذا البعد يرتبط بانخفاض جودة الخدمات الصحية، وازدياد شكاوى المرضى، وتراجع الالتزام بأخلاقيات المهنة (Shanafelt et al., 2021).

ومن منظور الإدارة الصحية، يُعد تبلد المشاعر مؤشرًا على وجود مشكلات تنظيمية في بيئة العمل، مثل ضعف الدعم الإداري، أو نقص الموارد البشرية، أو ارتفاع عبء العمل، الأمر الذي يستوجب تدخل الإدارة لتوفير بيئة عمل أكثر دعمًا للعاملين.

ثالثًا: انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي (Reduced Personal Accomplishment)

يشير هذا البعد إلى انخفاض شعور العامل بكفاءته المهنية وقدرته على تحقيق النجاح في أداء مهامه، حيث يبدأ في الاعتقاد بأن جهوده لا تحقق نتائج إيجابية، وأن أدائه أقل من المتوقع، مما يؤدي إلى تراجع الدافعية والرضا الوظيفي وانخفاض الثقة بالنفس (Maslach et al., 2001).

ويظهر هذا البعد بصورة واضحة لدى العاملين الذين يواجهون ضغوطًا مهنية متواصلة دون الحصول على التقدير أو الدعم المناسب، أو عندما يشعرون بأن بيئة العمل لا تتيح لهم فرص التطور المهني أو تحقيق الإنجازات. ويؤدي ذلك إلى انخفاض المبادرة، وضعف الإبداع، وتراجع الالتزام التنظيمي، وانخفاض جودة الأداء المهني.

وفي القطاع الصحي، ينعكس انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي على مستوى جودة الرعاية الصحية من خلال ضعف الالتزام بتطبيق معايير الجودة، وقلة الاهتمام بالتطوير المهني المستمر، وانخفاض المشاركة في برامج تحسين الجودة وسلامة المرضى. كما أشارت الدراسات الحديثة إلى أن العاملين الذين يشعرون بانخفاض الإنجاز الشخصي يكونون أكثر عرضة لترك العمل أو الانتقال إلى مؤسسات أخرى، مما يزيد من مشكلة دوران العاملين داخل المؤسسات الصحية (Woo et al., 2023).

ويرى الباحثون أن هذا البعد يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالدعم التنظيمي والثقافة المؤسسية، حيث يساهم توفير فرص التدريب والتقدير المهني والعدالة التنظيمية في تعزيز شعور العاملين بالإنجاز وتقليل احتمالية تعرضهم للاحتراق الوظيفي.

العلاقة بين أبعاد الاحتراق الوظيفي

على الرغم من أن أبعاد الاحتراق الوظيفي الثلاثة تُقاس بصورة مستقلة، فإنها تمثل في الواقع مراحل مترابطة لتطور الظاهرة. إذ يبدأ الاحتراق الوظيفي غالباً بالإجهاد العاطفي نتيجة الضغوط المهنية المستمرة، ثم يتطور إلى تبدل المشاعر بوصفه آلية دفاع نفسي، ومع استمرار الضغوط وضعف الدعم التنظيمي ينخفض شعور العامل بالإنجاز الشخصي، لتكتمل بذلك متلازمة الاحتراق الوظيفي (Maslach et al., 2001).

وفي ضوء ذلك، تعتمد الدراسة الحالية على هذه الأبعاد الثلاثة لقياس مستوى الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة، باعتبارها الأبعاد الأكثر اعتماداً في الأدبيات العلمية، والأكثر ملائمة لطبيعة بيئة العمل الصحية. كما تمثل هذه الأبعاد الأساس في بناء أداة الدراسة وتحليل العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية.

المطلب الرابع: أسباب الاحتراق الوظيفي

يُعد الاحتراق الوظيفي من الظواهر التنظيمية المعقدة التي لا تنشأ نتيجة عامل واحد، وإنما هي حصيلة تفاعل مجموعة من العوامل الفردية والتنظيمية والمهنية والبيئية التي تؤثر بصورة تراكمية في العاملين. وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن الاحتراق الوظيفي يظهر عندما تستمر الضغوط المهنية لفترات طويلة دون أن يقابلها دعم تنظيمي أو موارد كافية تساعد العامل على التكيف مع متطلبات العمل، مما يؤدي إلى استنزاف موارده النفسية والجسدية وانخفاض قدرته على الأداء بكفاءة (Bakker & Demerouti, 2017).

وفي القطاع الصحي، تزداد احتمالية التعرض للاحتراق الوظيفي نظراً للطبيعة الخاصة للعمل الصحي، الذي يتطلب التعامل المستمر مع المرضى، وتحمل مسؤوليات كبيرة تتعلق بصحة الإنسان وحياته، إضافة إلى العمل في بيئة تتسم بسرعة اتخاذ القرار، وضغط الوقت، وكثافة المهام، مما يجعل الكوادر الصحية من أكثر الفئات المهنية تعرضاً لهذه الظاهرة (World Health Organization, 2022).

وقد تناولت الدراسات السابقة أسباب الاحتراق الوظيفي من زوايا متعددة، إلا أنها تتفق على أن هذه الأسباب يمكن تصنيفها إلى أربعة محاور رئيسة، هي: الأسباب التنظيمية، والأسباب المرتبطة بطبيعة العمل، والأسباب الشخصية، والأسباب الاجتماعية والمهنية.

أولاً: الأسباب التنظيمية

تُعد العوامل التنظيمية من أكثر العوامل تأثيراً في نشوء الاحتراق الوظيفي، حيث تؤكد معظم الدراسات أن البيئة التنظيمية غير الداعمة تسهم بصورة مباشرة في ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي بين العاملين في المؤسسات الصحية. ويشمل ذلك ضعف القيادة الإدارية، وعدم وضوح السياسات والإجراءات، وغموض الأدوار الوظيفية، وضعف المشاركة في اتخاذ القرار، وقلة الحوافز، وانخفاض العدالة التنظيمية، إضافة إلى محدودية فرص التطور المهني (Maslach et al., 2001).

ويُعد عبء العمل من أبرز الأسباب التنظيمية، إذ يؤدي تكليف العاملين بعدد كبير من المهام، أو العمل لساعات طويلة، أو نقص أعداد الكوادر الصحية، إلى استنزاف الطاقة النفسية والجسدية، ومن ثم ارتفاع مستويات الإجهاد العاطفي، وهو البعد الأول للاحتراق الوظيفي. وقد أكدت دراسة Shanafelt, Tait D. وزملائه أن عبء العمل المفرط ونقص الدعم الإداري من أهم العوامل المرتبطة بارتفاع معدلات الاحتراق الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي (Shanafelt et al., 2021).

كما تؤدي ضعف العدالة التنظيمية إلى شعور العاملين بعدم الإنصاف في توزيع الأعباء أو الحوافز أو فرص الترقية، مما ينعكس سلباً على الرضا الوظيفي والدافعية، ويزيد من احتمالية الإصابة بالاحتراق الوظيفي. وتشير الأدبيات إلى أن المؤسسات التي تتميز بالشفافية والعدالة التنظيمية تحقق مستويات أقل من الاحتراق الوظيفي مقارنة بالمؤسسات التي يغيب عنها هذا الجانب (Dyrbye et al., 2022).

ومن الأسباب التنظيمية أيضاً ضعف الدعم الإداري، حيث يحتاج العاملون الصحيون إلى بيئة عمل توفر الدعم النفسي والمهني، والتواصل الفعال مع القيادات، والتقدير المستمر للجهود المبذولة. وعندما يغيب هذا الدعم، يشعر العامل بالعزلة وفقدان التقدير، الأمر الذي يسهم في ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي (West et al., 2021).

ثانياً: الأسباب المرتبطة بطبيعة العمل

تتميز المهنة الصحية بخصوصية تجعل العاملين فيها أكثر عرضة للاحتراق الوظيفي مقارنة بالعديد من المهن الأخرى، وذلك بسبب طبيعة العمل التي تتطلب تحمل مسؤوليات كبيرة، والتعامل مع المرضى في ظروف صحية ونفسية مختلفة، واتخاذ قرارات علاجية قد تكون مصيرية.

ويُعد ضغط العمل من أهم هذه الأسباب، إذ يواجه العاملون الصحيون ضغوطاً يومية ناجمة عن كثرة أعداد المرضى، وتسارع وتيرة العمل، والعمل بنظام المناوبات، إضافة إلى التعامل مع الحالات الحرجة والطارئة، وهو ما يؤدي إلى استنزاف مستمر للطاقة النفسية والجسدية (Li et al., 2024).

كما تسهم المناوبات الليلية وساعات العمل الطويلة في اضطراب التوازن بين الحياة المهنية والحياة الشخصية، وما يصاحبه من اضطرابات في النوم، والإجهاد البدني، وصعوبة التعافي، وهي عوامل ترتبط بارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي، خاصة بين الأطباء والمرضى.

ومن العوامل المهمة كذلك التعرض المستمر للمواقف الانفعالية الصعبة، مثل التعامل مع حالات الوفاة، أو الأمراض المزمنة، أو معاناة المرضى وأسرهم، إذ تتطلب هذه المواقف قدرًا كبيرًا من التعاطف والدعم النفسي، مما يزيد من احتمالية استنزاف العاملين عاطفيًا إذا لم تتوافر لهم برامج دعم مناسبة (Woo et al., 2023).

ثالثًا: الأسباب الشخصية

إلى جانب العوامل التنظيمية، تلعب الخصائص الفردية دورًا في زيادة أو تقليل احتمالية التعرض للاحتراق الوظيفي، وإن كانت الأدبيات تؤكد أن تأثيرها يكون أقل من تأثير العوامل التنظيمية.

ومن أبرز هذه العوامل انخفاض القدرة على إدارة الضغوط، وضعف مهارات التكيف، والكمالية المفرطة، وارتفاع التوقعات المهنية، حيث يميل بعض العاملين إلى تحميل أنفسهم مسؤوليات تفوق قدراتهم، مما يجعلهم أكثر عرضة للإجهاد والانهك النفسي (Maslach et al., 2001).

كما أشارت بعض الدراسات إلى أن محدودية الخبرة المهنية قد تجعل العاملين الجدد أكثر عرضة للاحتراق الوظيفي نتيجة عدم اكتسابهم المهارات اللازمة للتعامل مع ضغوط العمل، في حين قد يواجه العاملون ذوو الخبرة الطويلة الاحتراق نتيجة تراكم الضغوط عبر السنوات إذا غابت برامج الدعم والتطوير المهني.

رابعًا: الأسباب الاجتماعية والمهنية

لا يقتصر الاحتراق الوظيفي على بيئة العمل الداخلية، بل يتأثر أيضًا بعوامل اجتماعية ومهنية خارجية، مثل ضعف التوازن بين الحياة الأسرية والعملية، وغياب الدعم الاجتماعي، والضغوط الاقتصادية، وتزايد توقعات المجتمع من العاملين في القطاع الصحي.

وقد ازدادت أهمية هذه العوامل بعد جائحة COVID-19، حيث واجه العاملون الصحيون ضغوطًا استثنائية تمثلت في ارتفاع أعداد المرضى، والخوف من العدوى، ونقص الموارد، والعمل لساعات طويلة، وهو ما أدى إلى ارتفاع معدلات الاحتراق الوظيفي عالميًا (WHO, 2022).

كما أن التطور المستمر في التقنيات الطبية، وضرورة مواكبة المستجدات العلمية، يفرضان على الكوادر الصحية التزامات إضافية تتعلق بالتدريب والتطوير المهني المستمر، الأمر الذي قد يشكل مصدرًا إضافيًا للضغط إذا لم توفر المؤسسة الصحية الوقت والموارد اللازمة لذلك.

تعليق تحليلي

يتضح من العرض السابق أن الاحتراق الوظيفي لا ينتج عن عامل منفرد، وإنما هو نتيجة تفاعل معقد بين عوامل تنظيمية ومهنية وشخصية واجتماعية. وتؤكد الأدبيات الحديثة أن العوامل التنظيمية، وعلى رأسها عبء العمل، وضعف الدعم الإداري، وغموض الأدوار، تُعد الأكثر تأثيرًا مقارنة بالعوامل الفردية، مما يعني أن الحد من الاحتراق الوظيفي يتطلب تبني سياسات تنظيمية فعالة تهدف إلى تحسين بيئة العمل، وتعزيز العدالة التنظيمية، وتوفير الدعم النفسي والمهني للعاملين.

المطلب الخامس: آثار الاحتراق الوظيفي

يُعد الاحتراق الوظيفي من الظواهر التنظيمية ذات الآثار الممتدة، إذ لا يقتصر تأثيره على العامل الصحي فحسب، وإنما يمتد ليشمل المؤسسة الصحية والمرضى والمجتمع ككل. وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن الاحتراق الوظيفي يؤدي إلى سلسلة من النتائج السلبية التي تؤثر في الصحة النفسية والجسدية للعاملين، ومستوى أدائهم المهني، وكفاءة المؤسسات الصحية، وجودة الرعاية الصحية المقدمة، الأمر الذي جعله أحد أهم التحديات التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية في مختلف دول العالم (Maslach et al., 2001؛ World Health Organization, 2022).

وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن استمرار التعرض لضغوط العمل دون توفير الدعم التنظيمي المناسب يؤدي إلى تفاقم مستويات الاحتراق الوظيفي، الأمر الذي ينعكس بصورة مباشرة على سلامة المرضى، ورضا المستفيدين، وكفاءة الخدمات الصحية، وهو ما يبرر الاهتمام المتزايد بهذه الظاهرة في مجال الإدارة الصحية (Li et al., 2024).

ومن خلال مراجعة الأدبيات العلمية، يمكن تصنيف آثار الاحتراق الوظيفي إلى أربعة محاور رئيسية، هي: الآثار على العاملين، والآثار على الأداء المهني، والآثار على المؤسسات الصحية، والآثار على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

أولاً: الآثار المترتبة على العاملين الصحيين

يُعد العامل الصحي أول المتأثرين بالاحتراق الوظيفي، إذ يؤدي التعرض المستمر لضغوط العمل إلى استنزاف الطاقة النفسية والجسدية، وظهور العديد من المشكلات الصحية والنفسية التي تؤثر في جودة الحياة والقدرة على الاستمرار في العمل.

وتشير الدراسات إلى أن الاحتراق الوظيفي يرتبط بارتفاع معدلات القلق والتوتر والاكتئاب واضطرابات النوم والإرهاق المزمن، كما يزيد من احتمالية الإصابة بالأمراض المرتبطة بالضغط النفسي، مثل ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب واضطرابات الجهاز المناعي (Maslach et al., 2001).

كما يؤثر الاحتراق الوظيفي في الصحة النفسية للعاملين من خلال انخفاض الدافعية، وفقدان الحماس، والشعور بالإحباط، وتراجع الرضا الوظيفي، وضعف الانتماء للمؤسسة، الأمر الذي قد يدفع بعض العاملين إلى التفكير في ترك العمل أو تغيير المهنة بالكامل (West et al., 2021).

وفي القطاع الصحي، يمثل ذلك تحديًا كبيرًا؛ لأن فقدان الكفاءات البشرية يؤدي إلى نقص الخبرات، وزيادة الأعباء على العاملين المتبقين، واستمرار الحلقة المفرغة للاحتراق الوظيفي.

ثانيًا: الآثار على الأداء المهني

يؤثر الاحتراق الوظيفي بصورة مباشرة في مستوى الأداء المهني للعاملين الصحيين، إذ يؤدي إلى انخفاض القدرة على التركيز، وضعف اتخاذ القرار، وقلة الانتباه للتفاصيل، وتراجع الكفاءة الإنتاجية.

وقد أوضحت الدراسات أن العاملين الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق الوظيفي يكونون أكثر عرضة لارتكاب الأخطاء المهنية، وتأخير تقديم الخدمات، وضعف الالتزام بالإجراءات والبروتوكولات العلاجية، وهو ما ينعكس سلبيًا على جودة الأداء السريري (Shanafelt et al., 2021).

كما يؤدي الاحتراق الوظيفي إلى انخفاض الرغبة في التعلم والتطوير المهني، وضعف المشاركة في برامج تحسين الجودة، وتراجع الابتكار في بيئة العمل، مما يقلل من قدرة المؤسسة الصحية على تحقيق التطوير المستمر.

ومن ناحية أخرى، يسهم الاحتراق الوظيفي في ارتفاع معدلات الغياب الوظيفي، وزيادة التأخر عن العمل، وانخفاض الإنتاجية، وارتفاع معدل دوران العاملين، وهي مؤشرات تؤثر بصورة مباشرة في كفاءة تشغيل المؤسسات الصحية (Dyrbye et al., 2022).

ثالثًا: الآثار على المؤسسات الصحية

لا تقتصر آثار الاحتراق الوظيفي على العاملين، بل تمتد إلى المؤسسات الصحية التي تتحمل تكاليف مباشرة وغير مباشرة نتيجة انخفاض كفاءة القوى العاملة.

وتتمثل هذه الآثار في ارتفاع معدلات دوران الموظفين، وزيادة تكاليف الاستقطاب والتوظيف والتدريب، وانخفاض الإنتاجية المؤسسية، إضافة إلى تراجع مستوى الأداء التنظيمي، وصعوبة الاحتفاظ بالكفاءات البشرية، خاصة في التخصصات الصحية النادرة.

كما يؤدي الاحتراق الوظيفي إلى ضعف العمل الجماعي وانخفاض جودة التواصل بين أعضاء الفريق الصحي، الأمر الذي ينعكس على كفاءة التنسيق بين الأقسام المختلفة، ويؤثر في سرعة الاستجابة لاحتياجات المرضى (Bakker & Demerouti, 2017).

وفي المؤسسات الصحية الخاصة، قد تكون هذه الآثار أكثر وضوحًا، نظرًا لارتباط الأداء المالي بدرجة رضا المرضى وجودة الخدمات الصحية، حيث إن انخفاض جودة الأداء قد يؤدي إلى تراجع السمعة المؤسسية، وانخفاض القدرة التنافسية، وفقدان ثقة المستفيدين.

رابعًا: الآثار على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى

تُعد جودة الرعاية الصحية أكثر الجوانب تأثرًا بالاحتراق الوظيفي، وهو ما يمثل جوهر الدراسة الحالية. فقد أكدت الأدبيات العلمية أن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية يرتبط بانخفاض جودة الخدمات الصحية، وزيادة احتمالية وقوع الأخطاء الطبية، وتراجع الالتزام بمعايير الجودة وسلامة المرضى.

وأظهرت المراجعات المنهجية والتحليلات التلوية الحديثة أن الاحتراق الوظيفي يؤثر بصورة مباشرة في تجربة المريض، حيث يقل مستوى التواصل الفعال، وينخفض التعاطف مع المرضى، ويزداد احتمال حدوث أخطاء في التشخيص أو العلاج أو متابعة الحالات، وهو ما ينعكس على نتائج الرعاية الصحية ورضا المستفيدين (Li et al., 2024).

كما أوضحت دراسة Eltaybani et al. (2021) أن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين ارتبط بانخفاض مؤشرات جودة الرعاية الصحية، وزيادة الحوادث السلبية داخل المستشفيات، بينما توصلت دراسة Kakemam et al. (2021) إلى أن الاحتراق الوظيفي كان من أهم العوامل المرتبطة بزيادة الأخطاء الطبية والأحداث غير المرغوب فيها أثناء تقديم الرعاية الصحية.

وتشير هذه النتائج إلى أن معالجة الاحتراق الوظيفي لا تُعد مجرد وسيلة لتحسين رفاهية العاملين، بل تمثل استراتيجية أساسية لتحسين جودة الرعاية الصحية وتعزيز سلامة المرضى، وهو ما يتوافق مع توجهات الأنظمة الصحية الحديثة التي تنظر إلى رفاهية العاملين باعتبارها عنصرًا رئيسًا في تحقيق الجودة المؤسسية.

خامسًا: الآثار الاقتصادية والتنظيمية بعيدة المدى

إضافة إلى الآثار المباشرة، يترتب على الاحتراق الوظيفي آثار اقتصادية وتنظيمية بعيدة المدى، تتمثل في ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية الناتجة عن الأخطاء الطبية، وزيادة التعويضات القانونية، وانخفاض الكفاءة التشغيلية، وتراجع الإنتاجية، وارتفاع معدلات الاستقالات، وما يترتب عليها من تكاليف الاستقطاب والتدريب.

كما أن استمرار مستويات الاحتراق الوظيفي داخل المؤسسات الصحية يؤدي إلى ضعف ثقافة الجودة، وتراجع الالتزام بالمبادرات التطويرية، وانخفاض جاهزية المؤسسة للحصول على الاعتمادات الصحية المحلية والدولية، وهو ما يؤثر في قدرتها على تحقيق الاستدامة والتميز المؤسسي.

تعليق تحليلي

يتضح مما سبق أن آثار الاحتراق الوظيفي تتجاوز حدود الفرد لتشمل مكونات النظام الصحي، ابتداءً من العامل الصحي، مروراً بالمؤسسة الصحية، وانتهاءً بالمريض والمجتمع. كما تؤكد الأدبيات أن أخطر هذه الآثار يتمثل في تأثيره المباشر في جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، وهو ما ينسجم مع الهدف الرئيس للدراسة الحالية، التي تسعى إلى تحليل أثر الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة على جودة الرعاية الصحية.

وعليه، فإن الحد من الاحتراق الوظيفي لا ينبغي أن يقتصر على التدخلات الفردية، وإنما يتطلب تبني سياسات تنظيمية شاملة تعزز بيئة العمل الصحية، وتدعم العاملين، وتوفر الموارد اللازمة لتحقيق التوازن بين متطلبات العمل وقدرات الكوادر الصحية، بما يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية واستدامة الأداء المؤسسي.

المطلب السادس: قياس الاحتراق الوظيفي

يُعد قياس الاحتراق الوظيفي من الموضوعات الرئيسية في الدراسات الإدارية والصحية؛ إذ يعتمد نجاح البحوث المتعلقة بهذه الظاهرة على استخدام أدوات قياس تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، وقادرة على قياس الأبعاد النفسية والسلوكية للاحتراق الوظيفي بصورة دقيقة. وقد أدى التطور في الأدبيات العلمية إلى ظهور عدد من المقاييس التي هدفت إلى قياس الاحتراق الوظيفي لدى العاملين في مختلف القطاعات، إلا أن الدراسات تشير إلى أن بعض هذه المقاييس يتميز بقدرة أكبر على قياس الظاهرة مقارنة بغيره، خصوصاً في القطاع الصحي، الذي يتطلب أدوات تراعي طبيعة العمل والضغوط المهنية التي يتعرض لها العاملون (Maslach et al., 2001).

ومن خلال مراجعة الأدبيات الحديثة، يتضح أن هناك عدة مقاييس استخدمت في قياس الاحتراق الوظيفي، ويأتي في مقدمتها مقياس ماسلاش للاحتراق الوظيفي (Maslach Burnout Inventory)، الذي يُعد المرجع الأساسي في غالبية الدراسات العلمية، بالإضافة إلى مقياس كوبنهاغن للاحتراق الوظيفي، ومقياس أولدنبورغ، وغيرها من الأدوات التي طُورت لقياس الاحتراق الوظيفي في بيئات العمل المختلفة.

أولاً: مقياس ماسلاش للاحتراق الوظيفي (Maslach Burnout Inventory - MBI)

يُعد مقياس ماسلاش للاحتراق الوظيفي أكثر أدوات القياس استخداماً واعتماداً في الأدبيات العلمية، وقد طورته Christina Maslach و Susan E. Jackson عام 1981 بهدف قياس الاحتراق الوظيفي لدى العاملين في المهن الإنسانية، ولا سيما القطاع الصحي (Maslach & Jackson, 1981).

ويتكون المقياس في صورته الأصلية من 22 عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية هي:

* الإجهاد العاطفي (Emotional Exhaustion)، ويقاس درجة الإرهاق النفسي والانفعالي الناتج عن ضغوط العمل.

* تبدل المشاعر (Depersonalization)، ويقاس مدى تكوين العامل اتجاهات سلبية أو لا مبالية تجاه المستفيدين من الخدمة.

* انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي (Reduced Personal Accomplishment)، ويقاس مستوى شعور الفرد بالكفاءة المهنية والنجاح في أداء عمله.

ويعتمد المقياس على مقياس ليكرت متعدد الدرجات، حيث يجيب المشاركون عن كل عبارة وفق درجة تكرار الشعور أو السلوك، ثم تُحسب الدرجات لكل بعد بصورة مستقلة، إضافة إلى الدرجة الكلية للاحتراق الوظيفي.

وقد أثبتت العديد من الدراسات أن مقياس ماسلاش يتمتع بدرجات مرتفعة من الصدق والثبات، كما أثبتت فعاليته في قياس الاحتراق الوظيفي لدى الأطباء والممرضين والعاملين الصحيين في مختلف دول العالم، لذلك أصبح الأداة الأكثر استخدامًا في الدراسات المتعلقة بالإدارة الصحية وجودة الرعاية الصحية (Maslach et al., 2001; Woo et al., 2023).

ثانيًا: مقياس كوبنهاغن للاحتراق الوظيفي (Copenhagen Burnout Inventory - CBI)

طُور هذا المقياس بواسطة Palle Bo Vedsted Kristensen وزملائه عام 2005 بهدف معالجة بعض أوجه القصور التي أشار إليها الباحثون في مقياس ماسلاش، حيث ركز بصورة أكبر على مصادر الاحتراق الوظيفي وليس مظاهره فقط (Kristensen et al., 2005).

ويتكون المقياس من ثلاثة أبعاد رئيسية:

1. الاحتراق الشخصي.

2. الاحتراق المرتبط بالعمل.

3. الاحتراق المرتبط بالمستفيدين أو المرضى.

ويتميز هذا المقياس بسهولة التطبيق وإمكانية استخدامه في مختلف المهن، إلا أن استخدامه في القطاع الصحي لا يزال أقل انتشارًا مقارنة بمقياس ماسلاش، الذي ما يزال يمثل المعيار الذهبي في قياس الاحتراق الوظيفي.

ثالثًا: مقياس أولدنبورغ للاحتراق الوظيفي (Oldenburg Burnout Inventory - OLB)

يُعد مقياس أولدنبورغ من المقاييس الحديثة نسبيًا، وقد طوره Evangelia Demerouti وزملاؤها لقياس الاحتراق الوظيفي من خلال بعدين رئيسيين هما:

* الإرهاق (Exhaustion).

* الانفصال عن العمل (Disengagement).

ويمتاز هذا المقياس بإمكانية تطبيقه على مختلف المهن دون الاقتصار على المهن الإنسانية، كما أنه يعتمد على عبارات إيجابية وسلبية تقلل من احتمالية تحيز الاستجابة. ومع ذلك، لا يزال استخدامه في الدراسات الصحية أقل مقارنة بمقياس ماسلاش، خاصة في الدراسات التي تبحث العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية (Demerouti et al., 2003).

رابعاً: المقارنة بين مقياس الاحتراق الوظيفي

رغم تعدد المقاييس المستخدمة في قياس الاحتراق الوظيفي، فإن الدراسات المقارنة تشير إلى أن مقياس ماسلاش يظل الأكثر اعتماداً في البحوث الصحية، نظراً لأنه صُمم أساساً للعاملين في المهن الخدمية، كما أن معظم الدراسات المتعلقة بالأطباء والممرضين اعتمدت عليه، مما يسمح بإجراء المقارنات بين نتائج الدراسات المختلفة. أما مقياس كوبنهاغن فيتميز بتركيزه على مصادر الاحتراق الوظيفي، في حين يمتاز مقياس أولدنبورغ بالبساطة وإمكانية تطبيقه في قطاعات متنوعة، إلا أن استخدامهما في القطاع الصحي لا يزال محدوداً مقارنة بمقياس ماسلاش.

خامساً: مقياس الاحتراق الوظيفي المعتمد في الدراسة الحالية

استناداً إلى مراجعة الأدبيات العلمية، تعتمد الدراسة الحالية على مقياس ماسلاش للاحتراق الوظيفي (MBI) لقياس الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة، وذلك للأسباب الآتية:

1. يعد أكثر المقاييس استخداماً في الدراسات الصحية العالمية.
2. يتمتع بدرجات مرتفعة من الصدق والثبات.
3. يقيس الأبعاد الثلاثة للاحتراق الوظيفي بصورة شاملة.
4. استخدم في معظم الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، مما يسهل مقارنة نتائج الدراسة الحالية بالدراسات السابقة.
5. يتناسب مع طبيعة العاملين في القطاع الصحي، خاصة الأطباء والممرضين والفنيين والإداريين الصحيين. وبناءً على ذلك، ستبنى الدراسة الحالية الأبعاد الثلاثة لمقياس ماسلاش، وهي: الإجهاد العاطفي، وتبلد المشاعر، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي، بوصفها المتغيرات الفرعية للمتغير المستقل (الاحتراق الوظيفي)، وسيتم تصميم أداة الدراسة بالاعتماد على هذه الأبعاد، بعد تكييفها بما يتناسب مع بيئة القطاع الصحي الخاص في مدينة جدة.

تعليق تحليلي

يتضح من العرض السابق أن قياس الاحتراق الوظيفي يمثل عنصراً أساسياً في الدراسات التي تتناول الأداء المؤسسي وجودة الرعاية الصحية، إذ يتيح تحديد مستوى الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية بصورة علمية، ويساعد في

تفسير العلاقة بين الضغوط المهنية وجودة الخدمات الصحية. كما تبين أن مقياس ماسلاش للاحتراق الوظيفي يُعد الأداة الأكثر ملاءمة للدراسة الحالية، نظرًا لانتشاره الواسع، وخصائصه السيكومترية القوية، واعتماده في معظم الدراسات الحديثة التي تناولت الاحتراق الوظيفي في القطاع الصحي، مما يعزز من موثوقية النتائج وإمكانية مقارنتها بالدراسات السابقة.

المبحث الثاني جودة الرعاية الصحية

المطلب الأول: مفهوم جودة الرعاية الصحية

تُعد جودة الرعاية الصحية من المفاهيم الأساسية التي حظيت باهتمام متزايد في مجال الإدارة الصحية خلال العقود الأخيرة، وذلك نتيجة التطورات المتسارعة في الأنظمة الصحية، وارتفاع توقعات المستفيدين، وزيادة المنافسة بين المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة. ولم يعد تقييم أداء المؤسسات الصحية يعتمد على حجم الخدمات المقدمة أو عدد المستفيدين فقط، بل أصبح يعتمد بصورة رئيسة على مستوى جودة الرعاية الصحية، ومدى قدرة المؤسسة على تقديم خدمات صحية آمنة وفعالة ومركزة على احتياجات المرضى، بما يحقق أفضل النتائج الصحية الممكنة باستخدام الموارد المتاحة (World Health Organization, 2021).

وقد تطور مفهوم جودة الرعاية الصحية بصورة ملحوظة مع تطور مفاهيم الجودة الشاملة، إذ انتقل من التركيز على الجوانب الفنية للعلاج إلى مفهوم أكثر شمولاً يضم سلامة المرضى، ورضا المستفيدين، وكفاءة استخدام الموارد، والعدالة في تقديم الخدمات، واستمرارية الرعاية الصحية، والتحسين المستمر للأداء المؤسسي. وأصبحت الجودة عنصراً أساسياً في تحقيق الاستدامة والتميز المؤسسي داخل المنشآت الصحية، خاصة في ظل برامج التحول الصحي التي تشهدها المملكة العربية السعودية ضمن مستهدفات رؤية السعودية 2030.

وتعرف جودة الرعاية الصحية بأنها مدى قدرة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والمجتمعات على زيادة احتمالية تحقيق النتائج الصحية المرغوبة، مع الالتزام بأفضل الممارسات الطبية القائمة على الأدلة العلمية، وبما يتوافق مع المعايير المهنية والأخلاقية المعتمدة (World Health Organization, 2021).

كما عرّفها Avedis Donabedian بأنها تقديم الرعاية الصحية بطريقة تحقق أكبر منفعة صحية ممكنة للمريض مع تقليل المخاطر والأضرار إلى أدنى مستوى، مع الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، ويُعد هذا التعريف من أكثر التعريفات تأثيراً في أدبيات جودة الرعاية الصحية، حيث أسس لنموذج هيكل-عمليات-نتائج الذي أصبح أساساً لقياس جودة الخدمات الصحية (Donabedian, 1988).

وتعرفها أيضاً Institute of Medicine بأنها درجة تقديم الخدمات الصحية للأفراد بما يزيد من احتمالية الوصول إلى النتائج الصحية المرغوبة، ويكون متوافقاً مع المعارف العلمية والممارسات الطبية الحديثة (Institute of Medicine, 2001).

ويلاحظ من خلال هذه التعريفات أن جودة الرعاية الصحية لا تقتصر على نجاح الإجراءات العلاجية، وإنما تشمل جميع الأنشطة التي تبدأ منذ استقبال المريض وحتى انتهاء رحلة العلاج، بما في ذلك التشخيص، والعلاج، والتواصل، وسلامة المرضى، والمتابعة، ورضا المستفيدين، وتحسين المستمر للأداء.

ومن منظور الإدارة الصحية، تمثل جودة الرعاية الصحية نظامًا إداريًا متكاملًا يهدف إلى تحسين الأداء المؤسسي بصورة مستمرة، من خلال تطبيق معايير الجودة، وإدارة المخاطر، وتعزيز سلامة المرضى، ورفع كفاءة الموارد البشرية، وتحقيق الاستخدام الأمثل للإمكانات المتاحة. ويؤكد هذا المنظور أن الجودة ليست مسؤولية قسم معين داخل المؤسسة، وإنما مسؤولية تشترك فيها جميع المستويات الإدارية والفنية (Shortell & Kaluzny, 2020).

وفي القطاع الصحي الخاص، تكتسب جودة الرعاية الصحية أهمية مضاعفة، نظرًا لارتباطها بقدرة المنشآت الصحية على المنافسة، والحصول على الاعتمادات الصحية، وتحقيق رضا المرضى، والمحافظة على سمعتها المؤسسية. ولذلك أصبحت الجودة أحد أهم مؤشرات تقييم أداء المستشفيات والمراكز الطبية الخاصة، كما أصبحت عنصرًا رئيسًا في استراتيجيات التحسين المستمر وإدارة الأداء المؤسسي.

وترتبط جودة الرعاية الصحية ارتباطًا وثيقًا بالعنصر البشري، حيث تُعد الكوادر الصحية المحرك الرئيس لتقديم الخدمات الصحية، وبالتالي فإن كفاءة هذه الكوادر وصحتها النفسية ورضاها الوظيفي تؤثر بصورة مباشرة في جودة الخدمات المقدمة. وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي بين العاملين في القطاع الصحي يؤدي إلى انخفاض جودة الرعاية الصحية، وزيادة الأخطاء الطبية، وانخفاض رضا المرضى، الأمر الذي يجعل دراسة العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية من الموضوعات ذات الأهمية التطبيقية في الإدارة الصحية (Li et al., 2024).

وفي ضوء ما سبق، يمكن تعريف جودة الرعاية الصحية في الدراسة الحالية تعريفًا إجرائيًا بأنها:

قدرة مؤسسات القطاع الصحي الخاص في مدينة جدة على تقديم خدمات صحية آمنة وفعالة وفي الوقت المناسب، ترتكز على احتياجات المرضى، وتحقيق رضاهم، وفق المعايير المهنية ومعايير الجودة المعتمدة، وبما يساهم في تحسين النتائج الصحية ورفع كفاءة الأداء المؤسسي.

ويُعد هذا التعريف الإجرائي الأساس الذي سُبُنِيَ عليه أبعاد المتغير التابع في الدراسة، وسيُستخدم في تصميم أداة الدراسة وتحليل أثر الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في جودة الرعاية الصحية.

تعليق تحليلي

يتبين من العرض السابق أن مفهوم جودة الرعاية الصحية قد تطور من التركيز على النتائج العلاجية فقط إلى مفهوم شامل يجمع بين السلامة والفعالية والكفاءة ورضا المرضى والتحسين المستمر. كما يظهر أن جودة الرعاية الصحية ترتبط ارتباطًا وثيقًا بكفاءة العنصر البشري داخل المؤسسات الصحية، وهو ما يبرر اختيارها متغيرًا تابعًا في هذه

الدراسة، إذ يُتوقع أن تؤثر مستويات الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في جودة الخدمات المقدمة داخل مؤسسات القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

المطلب الثاني: أهمية جودة الرعاية الصحية وأهدافها

تُعد جودة الرعاية الصحية من الركائز الأساسية التي تقوم عليها الأنظمة الصحية الحديثة، حيث تمثل معياراً رئيساً للحكم على كفاءة المؤسسات الصحية وقدرتها على تحقيق النتائج الصحية المرجوة. ولم يعد الاهتمام بجودة الخدمات الصحية خياراً تنظيمياً، بل أصبح ضرورة استراتيجية تفرضها التحديات المتزايدة التي تواجه القطاع الصحي، مثل النمو السكاني، والتطور التقني، وارتفاع توقعات المستفيدين، وازدياد المنافسة بين المؤسسات الصحية، خاصة في القطاع الصحي الخاص. ومن هذا المنطلق، أصبحت جودة الرعاية الصحية أحد المحاور الرئيسية في سياسات الإصلاح الصحي التي تتبناها العديد من الدول، بما في ذلك المملكة العربية السعودية ضمن مستهدفات رؤية السعودية 2030 (World Health Organization, 2021).

وترتكز أهمية جودة الرعاية الصحية على قدرتها على تحقيق التوازن بين تقديم خدمات صحية ذات كفاءة عالية، وضمان سلامة المرضى، وتحسين النتائج الصحية، والاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمالية، الأمر الذي يسهم في تعزيز ثقة المجتمع بالمؤسسات الصحية وتحقيق الاستدامة في الخدمات الصحية (Donabedian, 1988).

أولاً: أهمية جودة الرعاية الصحية

1- تحسين النتائج الصحية للمرضى

تتمثل الأهمية الأساسية لجودة الرعاية الصحية في تحسين الحالة الصحية للمريض وتحقيق أفضل النتائج العلاجية الممكنة، من خلال تقديم خدمات صحية تستند إلى الأدلة العلمية، وتطبيق البروتوكولات العلاجية المعتمدة، والمتابعة المستمرة للحالة الصحية للمريض. فكلما ارتفع مستوى الجودة، ارتفعت احتمالية تحقيق الشفاء وتقليل المضاعفات وتحسين جودة الحياة للمستفيدين من الخدمات الصحية (Institute of Medicine, 2001).

كما تؤدي جودة الرعاية الصحية إلى تقليل الأخطاء الطبية والحد من المضاعفات الناتجة عن التشخيص أو العلاج غير المناسب، مما ينعكس إيجاباً على معدلات الوفيات والإصابات داخل المؤسسات الصحية.

2- تعزيز سلامة المرضى

أصبحت سلامة المرضى أحد أهم مؤشرات جودة الرعاية الصحية، حيث تهدف المؤسسات الصحية إلى توفير بيئة علاجية آمنة تقل فيها احتمالية وقوع الأخطاء الطبية أو العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية أو المضاعفات الناتجة عن الإجراءات العلاجية.

وتشير الأدبيات إلى أن المؤسسات التي تطبق معايير الجودة بصورة فعالة تحقق انخفاضًا ملحوظًا في معدلات الأخطاء الطبية والأحداث السلبية، وذلك من خلال تطبيق برامج إدارة المخاطر، وتحسين التواصل بين أعضاء الفريق الصحي، والالتزام بمعايير السلامة (World Health Organization, 2021).

3- رفع رضا المرضى والمستفيدين

يُعد رضا المرضى أحد أهم المؤشرات المستخدمة لتقييم جودة الرعاية الصحية، إذ يعكس مدى توافق الخدمات الصحية المقدمة مع احتياجات المرضى وتوقعاتهم. وتؤكد الدراسات أن المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات ذات جودة عالية تحقق مستويات أعلى من رضا المرضى، الأمر الذي يسهم في تعزيز الثقة بالمؤسسة الصحية، وزيادة ولاء المستفيدين، وتحسين سمعتها في المجتمع (Li et al., 2024).

وفي القطاع الصحي الخاص، يكتسب رضا المرضى أهمية مضاعفة، نظرًا لارتباطه المباشر باستمرار المؤسسة الصحية وقدرتها على المنافسة واستقطاب المستفيدين.

4- تحسين كفاءة الأداء المؤسسي

تؤدي جودة الرعاية الصحية إلى رفع كفاءة الأداء المؤسسي من خلال تحسين العمليات الإدارية والسريية، وتقليل الهدر في الموارد، وتعزيز التنسيق بين الأقسام المختلفة، مما يسهم في رفع إنتاجية العاملين وتحسين الأداء العام للمؤسسة الصحية.

كما تساعد برامج الجودة على اكتشاف نقاط الضعف في الأداء، ووضع خطط للتحسين المستمر، ومتابعة تنفيذها باستخدام مؤشرات أداء واضحة، الأمر الذي يعزز قدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها الاستراتيجية (Shortell & Kaluzny, 2020).

5- الاستخدام الأمثل للموارد الصحية

تسهم جودة الرعاية الصحية في تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمالية والتقنية، من خلال الحد من الهدر، وتقليل إعادة تقديم الخدمات، وخفض معدلات الإقامة الطويلة في المستشفيات، وتقليل التكاليف الناتجة عن الأخطاء الطبية أو المضاعفات العلاجية.

وبذلك فإن الجودة لا تحقق فقط نتائج صحية أفضل، وإنما تسهم أيضًا في رفع الكفاءة الاقتصادية للمؤسسات الصحية وتعزيز استدامتها المالية.

6- تعزيز القدرة التنافسية للمؤسسات الصحية

في ظل التوسع المتزايد في القطاع الصحي الخاص، أصبحت جودة الرعاية الصحية أحد أهم عناصر التنافس بين المؤسسات الصحية، حيث يسعى المرضى إلى اختيار المؤسسات التي تقدم خدمات صحية آمنة وعالية الجودة.

كما أن الحصول على الاعتمادات الصحية المحلية والدولية، مثل اعتماد Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions، يعتمد بصورة كبيرة على مدى التزام المؤسسة بتطبيق معايير الجودة وسلامة المرضى، الأمر الذي يعزز مكانتها في سوق الخدمات الصحية.

ثانيًا: أهداف جودة الرعاية الصحية

تسعى برامج الجودة في المؤسسات الصحية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الاستراتيجية التي تنعكس إيجابًا على المرضى والعاملين والمؤسسة الصحية، ويمكن تلخيص أبرز هذه الأهداف فيما يأتي:

1- تقديم خدمات صحية آمنة

يُعد ضمان سلامة المرضى الهدف الأساسي لجودة الرعاية الصحية، وذلك من خلال الحد من الأخطاء الطبية، وتقليل المخاطر المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية، وتطبيق أفضل الممارسات الإكلينيكية.

2- تحسين فعالية الخدمات الصحية

ويقصد بذلك تقديم الرعاية الصحية التي تحقق أفضل النتائج العلاجية الممكنة اعتمادًا على الأدلة والبراهين العلمية الحديثة، مع تجنب الإجراءات غير الضرورية أو غير الفعالة.

3- تعزيز كفاءة استخدام الموارد

تهدف الجودة إلى تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمالية والتقنية، بما يضمن تقديم خدمات صحية عالية الجودة بأقل تكلفة ممكنة، مع الحد من الهدر وتحسين كفاءة التشغيل.

4- تحقيق رضا المرضى

من أهم أهداف الجودة بناء علاقة إيجابية مع المرضى تقوم على الاحترام، والتواصل الفعال، والاستجابة لاحتياجاتهم، وإشراكهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بخطط العلاج، بما ينعكس على مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية.

5- دعم التحسين المستمر

تتبنى الجودة مبدأ التحسين المستمر لجميع العمليات الإدارية والسريرية داخل المؤسسة الصحية، من خلال قياس الأداء بصورة دورية، وتحليل مؤشرات الجودة، وتصحيح الانحرافات، وتطوير الخدمات الصحية بصورة مستمرة.

6- تعزيز رضا العاملين

تؤكد الأدبيات الحديثة أن جودة الرعاية الصحية لا يمكن تحقيقها دون توفير بيئة عمل صحية للعاملين، إذ يسهم الاهتمام برفاهية الكوادر الصحية، وتحسين ظروف العمل، وتوفير التدريب والدعم الإداري، في رفع الرضا الوظيفي وتقليل الاحتراق الوظيفي، وبالتالي تحسين جودة الخدمات الصحية (West et al., 2021).

تعليق تحليلي

يتضح من العرض السابق أن جودة الرعاية الصحية لا تقتصر على تحقيق نتائج علاجية إيجابية، وإنما تمثل منظومة متكاملة تهدف إلى تحسين الأداء المؤسسي، وتعزيز سلامة المرضى، ورفع كفاءة استخدام الموارد، وتحقيق رضا المستفيدين والعاملين. كما تشير الأدبيات إلى أن جودة الرعاية الصحية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالعنصر البشري، حيث تؤثر الحالة النفسية والوظيفية للعاملين في قدرتهم على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية. ويكتسب هذا الارتباط أهمية خاصة في الدراسة الحالية، التي تنطلق من فرضية أن الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة يؤثر سلباً في جودة الرعاية الصحية، الأمر الذي يجعل تحسين بيئة العمل أحد المتطلبات الأساسية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

المطلب الثالث: أبعاد جودة الرعاية الصحية

تُعد أبعاد جودة الرعاية الصحية الإطار الذي تستند إليه المؤسسات الصحية في تقييم مستوى الخدمات المقدمة وقياس مدى تحقيقها للأهداف الصحية المرجوة. وقد تعددت النماذج التي تناولت أبعاد الجودة، إلا أن أكثرها قبولاً واعتماداً في الأدبيات العلمية هو النموذج الذي قدمه Avedis Donabedian، والذي ينظر إلى الجودة بوصفها منظومة متكاملة تشمل الهيكل، والعمليات، والنتائج (Donabedian, 1988). كما تبنت Institute of Medicine ستة أبعاد رئيسية لجودة الرعاية الصحية، أصبحت مرجعاً عالمياً في تقييم الأداء الصحي، وهي: السلامة، والفعالية، والتمحور حول المريض، والتوقيت المناسب، والكفاءة، والعدالة (Institute of Medicine, 2001). وتستند الدراسة الحالية إلى هذه الأبعاد، نظراً لارتباطها المباشر بموضوع البحث، وإمكانية قياسها داخل مؤسسات القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

أولاً: السلامة (Safety)

تُعد سلامة المرضى حجر الأساس في جودة الرعاية الصحية، ويقصد بها تقديم الخدمات الصحية بطريقة تقلل من احتمالية تعرض المرضى لأي ضرر يمكن تجنبه أثناء تلقي الرعاية الصحية. وتشمل السلامة الوقاية من الأخطاء الطبية، وتقليل العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية، والالتزام بإجراءات مكافحة العدوى، وضمان الاستخدام الآمن للأدوية، والتأكد من تطبيق البروتوكولات العلاجية المعتمدة (World Health Organization, 2021).

وتكتسب سلامة المرضى أهمية خاصة في المؤسسات الصحية؛ إذ ترتبط بصورة مباشرة بثقة المرضى في الخدمات المقدمة، كما تؤثر في سمعة المؤسسة الصحية وكفاءتها التشغيلية. وقد أكدت العديد من الدراسات أن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي بين الكوادر الصحية يزيد من احتمالية وقوع الأخطاء الطبية ويؤثر سلباً في سلامة المرضى، نتيجة انخفاض التركيز والإجهاد النفسي والإرهاق المهني (Li et al., 2024).

ومن ثم، فإن تعزيز سلامة المرضى يتطلب توفير بيئة عمل داعمة للعاملين، وتطبيق برامج إدارة المخاطر، والتدريب المستمر، وتشجيع ثقافة الإبلاغ عن الأخطاء دون عقوبات، بما يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية.

ثانيًا: الفعالية (Effectiveness)

تشير الفعالية إلى مدى قدرة الخدمات الصحية على تحقيق النتائج العلاجية المرجوة، اعتمادًا على أفضل الأدلة والبراهين العلمية والممارسات الإكلينيكية الحديثة. ويعني ذلك أن تكون التدخلات الطبية مبنية على أسس علمية معتمدة، وأن تُقدم للمريض المناسب وفي الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة (Institute of Medicine, 2001).

وتتحقق الفعالية عندما تلتزم المؤسسة الصحية بالإرشادات السريرية المعتمدة، وتوفر الكوادر الصحية المؤهلة، وتستخدم التقنيات الطبية الحديثة، وتتابع نتائج العلاج بصورة مستمرة. كما ترتبط الفعالية بكفاءة التشخيص، ودقة القرارات العلاجية، والالتزام بالبروتوكولات الطبية.

وقد أشارت الدراسات إلى أن الاحتراق الوظيفي يؤدي إلى انخفاض فعالية الخدمات الصحية، نتيجة ضعف التركيز، والإرهاق الذهني، وانخفاض القدرة على اتخاذ القرارات السريرية السليمة، مما ينعكس على نتائج العلاج وجودة الرعاية المقدمة (Shanafelt et al., 2021).

ثالثًا: الرعاية المتمحورة حول المريض (Patient-Centered Care)

يُعد التركيز على المريض أحد أهم المبادئ التي تقوم عليها جودة الرعاية الصحية الحديثة، ويقصد به تقديم الرعاية الصحية بما يتوافق مع احتياجات المريض وقيمه وتفضيلاته، مع إشراكه في اتخاذ القرارات المتعلقة بخطة العلاجية، واحترام خصوصيته وكرامته، وتوفير المعلومات اللازمة له ولأسرته بصورة واضحة ومفهومة (Institute of Medicine, 2001).

وتسهم الرعاية المتمحورة حول المريض في تعزيز الثقة بين المريض ومقدم الخدمة الصحية، ورفع مستوى الالتزام بالخطة العلاجية، وتحسين تجربة المريض داخل المؤسسة الصحية، وزيادة مستوى الرضا عن الخدمات المقدمة. وتؤكد الأدبيات أن الاحتراق الوظيفي قد يؤدي إلى انخفاض التعاطف مع المرضى، وضعف التواصل الإنساني، وقلة الاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية للمريض، وهو ما يؤثر سلبًا في جودة الرعاية الصحية وتجربة المريض (West et al., 2021).

رابعًا: تقديم الرعاية في الوقت المناسب (Timeliness)

يقصد بهذا البعد تقديم الخدمات الصحية في الوقت المناسب دون تأخير غير مبرر، بما يضمن حصول المرضى على الرعاية الصحية فور الحاجة إليها، وتقليل فترات الانتظار، وتسريع عمليات التشخيص والعلاج والإحالة والمتابعة.

ويُعد عامل الوقت من أهم مؤشرات جودة الرعاية الصحية، خاصة في الحالات الطارئة والأمراض الحرجة، حيث قد يؤدي التأخير في تقديم الخدمة إلى تدهور الحالة الصحية للمريض أو زيادة احتمالية حدوث مضاعفات.

وتسعى المؤسسات الصحية إلى تحسين هذا البعد من خلال تطوير إجراءات العمل، وتطبيق الأنظمة الإلكترونية، وتحسين إدارة المواعيد، وتعزيز التنسيق بين الأقسام المختلفة، بما يضمن سرعة تقديم الخدمات الصحية مع المحافظة على جودتها.

خامسًا: الكفاءة (Efficiency)

تشير الكفاءة إلى تحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة باستخدام الموارد المتاحة بأفضل صورة، مع تقليل الهدر في الوقت والجهد والتكاليف، دون التأثير في جودة الخدمات الصحية.

وتتطلب الكفاءة الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمالية والتقنية، وتحسين العمليات التشغيلية، وتقليل الإجراءات غير الضرورية، والاعتماد على مؤشرات الأداء في تقييم كفاءة الخدمات الصحية.

وتؤكد الدراسات أن المؤسسات التي تطبق مبادئ الجودة الشاملة تحقق مستويات أعلى من الكفاءة التشغيلية، كما تتمكن من تقديم خدمات صحية ذات جودة مرتفعة بتكاليف أقل، مقارنة بالمؤسسات التي تفتقر إلى أنظمة إدارة الجودة (Shortell & Kaluzny, 2020).

سادسًا: العدالة (Equity)

يقصد بالعدالة تقديم الخدمات الصحية لجميع المستفيدين دون تمييز، بغض النظر عن الجنس أو العمر أو المستوى الاقتصادي أو الاجتماعي أو الخلفية الثقافية، مع ضمان حصول جميع المرضى على فرص متساوية للاستفادة من الخدمات الصحية ذات الجودة العالية.

وتُعد العدالة أحد المبادئ الأساسية التي تؤكد عليها الأنظمة الصحية الحديثة، حيث تسهم في تعزيز الثقة بالمؤسسات الصحية وتحقيق المساواة في فرص الحصول على الرعاية الصحية.

كما تشمل العدالة العدالة في توزيع الموارد الصحية، وتوفير الخدمات الصحية للفئات الأكثر احتياجًا، وضمان عدم وجود تفاوت في جودة الخدمات المقدمة بين مختلف فئات المجتمع.

العلاقة بين أبعاد جودة الرعاية الصحية والدراسة الحالية:

تُعد الأبعاد السابقة مترابطة ومتكاملة، إذ لا يمكن تحقيق جودة الرعاية الصحية إذا اختل أحدها. فالسلامة تعتمد على كفاءة العاملين، والفعالية تتطلب الالتزام بالممارسات المبنية على الأدلة، والرعاية المتمحورة حول المريض تحتاج إلى تواصل وتعاطف، بينما تعتمد الكفاءة والتوقيت المناسب على حسن إدارة الموارد والعمليات، وتضمن العدالة حصول جميع المرضى على خدمات صحية متكافئة.

وفي ضوء موضوع الدراسة الحالية، فإن الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية يُتوقع أن يؤثر بصورة مباشرة أو غير مباشرة في هذه الأبعاد جميعها؛ فالإجهاد العاطفي وتبلد المشاعر قد يؤديان إلى انخفاض مستوى السلامة، وضعف

التواصل مع المرضى، وتراجع الفعالية والكفاءة، ومن ثم انخفاض جودة الرعاية الصحية في مؤسسات القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

تعليق تحليلي

يتضح من العرض السابق أن جودة الرعاية الصحية مفهوم متعدد الأبعاد، ولا يمكن الحكم عليها بالاعتماد على مؤشر واحد، بل تتطلب تقييمًا شاملاً يشمل سلامة المرضى، وفعالية الرعاية، وتمحورها حول احتياجات المريض، وسرعة تقديم الخدمة، وكفاءة استخدام الموارد، وتحقيق العدالة في تقديم الخدمات. وتبرز الأدبيات العلمية أن نجاح المؤسسات الصحية في تحقيق هذه الأبعاد يعتمد بدرجة كبيرة على كفاءة الكوادر الصحية واستقرارها النفسي والمهني، وهو ما يجعل دراسة أثر الاحتراق الوظيفي في جودة الرعاية الصحية ذات أهمية علمية وتطبيقية، خاصة في القطاع الصحي الخاص الذي يعتمد على الجودة بوصفها عاملاً رئيساً في التنافس والاستدامة.

المطلب الرابع: معايير جودة الرعاية الصحية

تُعد معايير جودة الرعاية الصحية الأساس الذي تستند إليه المؤسسات الصحية في تقييم مستوى أدائها، والحكم على مدى التزامها بتقديم خدمات صحية آمنة وفعالة تلبي احتياجات المرضى. وتمثل هذه المعايير مجموعة من المتطلبات والإجراءات المنظمة التي تهدف إلى ضمان تقديم الرعاية الصحية وفق أفضل الممارسات المهنية والعلمية، بما يحقق سلامة المرضى، ويرفع كفاءة الأداء، ويعزز رضا المستفيدين (World Health Organization, 2021).

وقد شهدت معايير الجودة تطوراً ملحوظاً خلال العقود الأخيرة نتيجة ازدياد الاهتمام العالمي بسلامة المرضى، والتحسين المستمر، والاعتماد الصحي، حيث أصبحت المؤسسات الصحية مطالبة بتطبيق معايير واضحة وقابلة للقياس لضمان جودة الخدمات الصحية وتحقيق الاعتماد المؤسسي. وفي المملكة العربية السعودية، أصبحت هذه المعايير جزءاً أساسياً من منظومة تطوير القطاع الصحي، حيث تعتمد المؤسسات الصحية على معايير Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions إلى جانب المعايير الدولية مثل Joint Commission International.

وتتنوع معايير جودة الرعاية الصحية، إلا أن الأدبيات العلمية تتفق على مجموعة من المعايير الرئيسة التي تمثل الأساس في تقييم جودة الخدمات الصحية.

أولاً: معيار السلامة (Safety Standard)

يُعد معيار السلامة من أهم معايير جودة الرعاية الصحية، ويهدف إلى حماية المرضى من الأخطاء الطبية والمضاعفات التي يمكن تجنبها أثناء تقديم الخدمة الصحية. ويتضمن هذا المعيار تطبيق إجراءات مكافحة العدوى، وضمان الاستخدام الآمن للأدوية، والتحقق من هوية المرضى، ومنع الأخطاء الجراحية، وإدارة المخاطر الصحية، والإبلاغ عن الحوادث الطبية وتحليل أسبابها.

وقد أكدت World Health Organization أن سلامة المرضى تمثل أحد أهم مؤشرات جودة الرعاية الصحية، وأن المؤسسات التي تطبق برامج فعالة لإدارة المخاطر تحقق انخفاضاً ملحوظاً في معدلات الأخطاء الطبية والأحداث السلبية (WHO, 2021).

ويرتبط هذا المعيار ارتباطاً مباشراً بالدراسة الحالية، إذ تشير الدراسات الحديثة إلى أن الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية يزيد من احتمالية وقوع الأخطاء الطبية نتيجة الإرهاق الذهني وضعف التركيز وانخفاض اليقظة المهنية (Li et al., 2024).

ثانياً: معيار الفعالية (Effectiveness Standard)

يقصد بالفعالية تقديم الرعاية الصحية وفق أفضل الأدلة العلمية والإرشادات الإكلينيكية المعتمدة، بما يضمن تحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة للمرضى.

ويتطلب هذا المعيار الالتزام بالبروتوكولات العلاجية، وتحديث الممارسات الطبية بصورة مستمرة، واستخدام التقنيات الحديثة، وقياس نتائج العلاج، ومتابعة مؤشرات الأداء السريري بصورة دورية.

كما يشمل التأكد من أن جميع التدخلات العلاجية تستند إلى البراهين العلمية الحديثة، مع تجنب الإجراءات غير الضرورية أو غير المثبتة علمياً.

ثالثاً: معيار الكفاءة (Efficiency Standard)

يركز معيار الكفاءة على تحقيق أفضل النتائج الصحية باستخدام الموارد المتاحة بأفضل صورة ممكنة، دون هدر في الوقت أو الجهد أو التكاليف.

ويتحقق ذلك من خلال تحسين العمليات التشغيلية، وتقليل فترات الانتظار، والاستفادة المثلى من الكوادر الصحية، وتوظيف التقنيات الحديثة، وتحسين إدارة الموارد البشرية والمالية.

وتؤكد الأدبيات أن المؤسسات الصحية التي تتميز بالكفاءة تحقق مستويات أعلى من جودة الرعاية الصحية مع خفض التكاليف التشغيلية، وهو ما يساهم في تعزيز استدامتها المالية وقدرتها التنافسية (Shortell & Kaluzny, 2020).

رابعاً: معيار التركيز على المريض (Patient-Centered Standard)

أصبح المريض محور العملية الصحية في النظم الصحية الحديثة، ولذلك يُعد هذا المعيار من أهم معايير جودة الرعاية الصحية.

ويتضمن هذا المعيار احترام خصوصية المرضى، والحفاظ على كرامتهم، والاستماع إلى احتياجاتهم، وإشراكهم في اتخاذ القرارات العلاجية، وتوفير المعلومات الصحية بصورة واضحة، والاستجابة لشكاواهم وملاحظاتهم.

كما يشمل تحسين تجربة المريض داخل المؤسسة الصحية، وتقديم الخدمات بطريقة تحقق رضاه، وتعزيز ثقته بمقدمي الرعاية الصحية.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن التواصل الإيجابي بين الكوادر الصحية والمرضى يسهم في تحسين نتائج العلاج ورفع مستوى رضا المستفيدين، في حين يؤدي الاحتراق الوظيفي إلى ضعف التعاطف مع المرضى وانخفاض جودة التواصل معهم (West et al., 2021).

خامساً: معيار الاستجابة في الوقت المناسب (Timeliness Standard)

يقصد بهذا المعيار تقديم الرعاية الصحية في الوقت الذي يحتاج فيه المريض إليها، دون تأخير قد يؤثر في حالته الصحية.

ويتضمن ذلك سرعة استقبال المرضى، وتقليل قوائم الانتظار، وسرعة التشخيص، وبدء العلاج في الوقت المناسب، وتحسين إجراءات الإحالة والمتابعة.

ويُعد هذا المعيار من المؤشرات المهمة في تقييم جودة المؤسسات الصحية، خاصة في أقسام الطوارئ والعناية المركزة والعمليات الجراحية.

سادساً: معيار العدالة (Equity Standard)

يركز هذا المعيار على ضمان حصول جميع المرضى على الخدمات الصحية دون تمييز بسبب العمر أو الجنس أو الجنسية أو المستوى الاقتصادي أو الاجتماعي.

كما يشمل توزيع الموارد الصحية بصورة عادلة، وتقديم الخدمات الصحية وفق الاحتياج الصحي، وليس وفق القدرة المالية أو أي اعتبارات أخرى.

وتؤكد الأنظمة الصحية الحديثة أن العدالة في تقديم الخدمات الصحية تعد أحد المؤشرات الرئيسة لنجاح المؤسسات الصحية وتحقيق أهداف التنمية الصحية المستدامة.

سابعاً: معيار التحسين المستمر (Continuous Quality Improvement)

لا تقتصر جودة الرعاية الصحية على الالتزام بالمعايير فقط، وإنما تعتمد أيضاً على التحسين المستمر لجميع العمليات داخل المؤسسة الصحية.

ويشمل هذا المعيار متابعة مؤشرات الأداء، وتحليل البيانات، واكتشاف جوانب القصور، ووضع خطط تطوير مستمرة، وتدريب العاملين، وتشجيع الابتكار، والاستفادة من نتائج تقييم الأداء في تحسين الخدمات الصحية.

ويُعد التحسين المستمر أحد المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، حيث يهدف إلى رفع كفاءة المؤسسة الصحية بصورة دائمة، وتحقيق رضا المرضى والعاملين في الوقت نفسه.

ثامناً: معايير الاعتماد الصحي

تسعى المؤسسات الصحية إلى الحصول على الاعتماد الصحي بوصفه دليلاً على التزامها بمعايير الجودة وسلامة المرضى. وفي المملكة العربية السعودية، تمثل معايير Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare

Institutions المرجع الوطني لاعتماد المنشآت الصحية، بينما يُعد اعتماد Joint Commission International من أبرز الاعتمادات الدولية التي تركز على تحسين جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى.

وتشمل معايير الاعتماد عدة مجالات، منها:

* القيادة والإدارة.

* سلامة المرضى.

* إدارة الجودة.

* مكافحة العدوى.

* إدارة الدواء.

* حقوق المرضى.

* الموارد البشرية.

* إدارة المعلومات الصحية.

* التحسين المستمر للأداء.

ويؤدي الالتزام بهذه المعايير إلى رفع مستوى الأداء المؤسسي، وتعزيز ثقة المجتمع، وتحسين نتائج الرعاية الصحية.

العلاقة بين معايير جودة الرعاية الصحية والدراسة الحالية:

تمثل معايير جودة الرعاية الصحية الإطار الذي يمكن من خلاله تقييم أثر الاحتراق الوظيفي على مستوى الخدمات الصحية المقدمة. فالاحتراق الوظيفي المرتفع قد يؤدي إلى ضعف الالتزام بمعايير السلامة، وانخفاض فعالية الرعاية، وتراجع التواصل مع المرضى، وضعف كفاءة الأداء، مما يؤثر في قدرة المؤسسة الصحية على تحقيق متطلبات الجودة والاعتماد الصحي.

وفي القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة، تزداد أهمية الالتزام بهذه المعايير نظراً لارتباطها بالمنافسة بين المؤسسات الصحية، والحفاظ على رضا المرضى، وتحقيق الاستدامة المؤسسية، الأمر الذي يجعل دراسة أثر الاحتراق الوظيفي على هذه المعايير ذات أهمية علمية وتطبيقية.

تعليق تحليلي

يتضح مما سبق أن معايير جودة الرعاية الصحية تمثل منظومة متكاملة تهدف إلى ضمان تقديم خدمات صحية آمنة وفعالة وعادلة ومركزة على احتياجات المرضى، مع الاستخدام الأمثل للموارد والتحسين المستمر للأداء. كما يتبين أن نجاح المؤسسات الصحية في تطبيق هذه المعايير يعتمد بدرجة كبيرة على كفاءة الكوادر الصحية واستقرارها النفسي والمهني، إذ إن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي قد يحد من قدرة العاملين على الالتزام بمعايير الجودة، مما ينعكس

سلبًا على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى. ومن هذا المنطلق، تأتي الدراسة الحالية لتحليل مدى تأثير الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة على الالتزام بمعايير جودة الرعاية الصحي.

المطلب الخامس: محددات جودة الرعاية الصحية والعوامل المؤثرة فيها

تتأثر جودة الرعاية الصحية بمجموعة من العوامل المتداخلة التي تسهم بصورة مباشرة أو غير مباشرة في مستوى الخدمات الصحية المقدمة. ولا يمكن النظر إلى جودة الرعاية الصحية بوصفها نتاجًا لعامل واحد، وإنما هي محصلة لتفاعل الموارد البشرية، والإمكانات المادية، والأنظمة الإدارية، والثقافة التنظيمية، والتطور التقني، والبيئة التشريعية. وقد أكدت الأدبيات العلمية أن المؤسسات الصحية التي تنجح في إدارة هذه العوامل بصورة متكاملة تكون أكثر قدرة على تحقيق مستويات مرتفعة من جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، بينما يؤدي القصور في أي منها إلى انخفاض جودة الخدمات الصحية وزيادة احتمالية وقوع الأخطاء الطبية (World Health Organization, 2021). وفي ضوء موضوع الدراسة الحالية، فإن التعرف إلى محددات جودة الرعاية الصحية يُعد أمرًا ضروريًا لفهم الكيفية التي يمكن أن يؤثر بها الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في جودة الخدمات الصحية داخل مؤسسات القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

أولاً: الكوادر الصحية وكفاءتها المهنية

يُعد العنصر البشري أهم محدد لجودة الرعاية الصحية، إذ تعتمد جودة الخدمات الصحية بصورة أساسية على كفاءة الأطباء والممرضين والفنيين والإداريين الصحيين، ومستوى تأهيلهم العلمي، وخبراتهم المهنية، وقدرتهم على تطبيق المعايير المهنية والأخلاقية أثناء تقديم الرعاية الصحية.

وتشير الدراسات إلى أن ارتفاع مستوى الكفاءة المهنية للعاملين يسهم في تحسين دقة التشخيص، وتقليل الأخطاء الطبية، وتعزيز سلامة المرضى، ورفع رضا المستفيدين. وفي المقابل، يؤدي نقص الخبرة أو ضعف التدريب أو الإرهاق المهني إلى انخفاض جودة الأداء الصحي (Shortell & Kaluzny, 2020).

كما أن الاحتراق الوظيفي يمثل أحد أبرز العوامل التي تؤثر سلبًا في أداء الكوادر الصحية، حيث يؤدي إلى انخفاض التركيز، وضعف القدرة على اتخاذ القرار، وتراجع الإنتاجية المهنية، مما ينعكس بصورة مباشرة على جودة الرعاية الصحية.

ثانيًا: القيادة والإدارة الصحية

تلعب القيادة الإدارية دورًا محوريًا في تحسين جودة الرعاية الصحية، من خلال وضع السياسات والإجراءات المنظمة للعمل، وتوفير الموارد اللازمة، وتعزيز ثقافة الجودة والتحسين المستمر داخل المؤسسة الصحية.

وتتميز المؤسسات الصحية ذات الجودة المرتفعة بوجود قيادة داعمة تشجع العمل الجماعي، وتمنح العاملين فرص المشاركة في اتخاذ القرار، وتوفر بيئة عمل إيجابية تقل فيها الضغوط المهنية. كما تسهم القيادة الفاعلة في إدارة التغيير، وتطوير الأداء، وتعزيز الالتزام بمعايير الجودة والاعتماد الصحي.

وقد بينت الدراسات أن ضعف القيادة التنظيمية يرتبط بارتفاع معدلات الاحتراق الوظيفي بين العاملين الصحيين، مما يؤدي إلى انخفاض جودة الخدمات الصحية (West et al., 2021).

ثالثاً: بيئة العمل التنظيمية

تشمل بيئة العمل جميع الظروف المادية والتنظيمية والنفسية التي يعمل في ظلها العاملون داخل المؤسسة الصحية، مثل حجم عبء العمل، وعدد ساعات العمل، ونظام المناوبات، والعلاقات بين الزملاء، ومستوى الدعم الإداري، وتوافر التجهيزات الطبية.

وتعد بيئة العمل الصحية من أهم محددات جودة الرعاية الصحية، إذ تساعد على رفع رضا العاملين، وتحسين أدائهم، وتقليل مستويات الاحتراق الوظيفي، بينما تؤدي بيئة العمل غير المناسبة إلى زيادة الضغوط النفسية والإرهاق المهني، الأمر الذي ينعكس سلباً على جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى.

ولذلك، تحرص المؤسسات الصحية الحديثة على توفير بيئة عمل داعمة تحقق التوازن بين متطلبات العمل ورفاهية العاملين.

رابعاً: الموارد والإمكانات الصحية

تعتمد جودة الرعاية الصحية بدرجة كبيرة على مدى توافر الموارد البشرية والمادية والتقنية اللازمة لتقديم الخدمات الصحية بكفاءة.

وتشمل هذه الموارد:

* الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة.

* الأدوية والمستلزمات الطبية.

* نظم المعلومات الصحية.

* الموارد المالية.

* الكوادر الصحية الكافية.

ويؤدي نقص الموارد إلى زيادة الضغط على العاملين، وارتفاع معدلات الأخطاء الطبية، وانخفاض جودة الخدمات الصحية، بينما يساهم توفير الموارد الكافية في تحسين الأداء ورفع جودة الرعاية الصحية.

خامساً: الثقافة التنظيمية وثقافة الجودة

تشير الثقافة التنظيمية إلى مجموعة القيم والمعتقدات والسلوكيات التي تحكم العمل داخل المؤسسة الصحية، وتؤثر في طريقة تعامل العاملين مع المرضى ومعايير الجودة.

وتتميز المؤسسات الصحية ذات الأداء المرتفع بوجود ثقافة تنظيمية تشجع على:

* العمل الجماعي.

* التعلم المستمر.

* الإبلاغ عن الأخطاء الطبية.

* الابتكار.

* التحسين المستمر.

* احترام المرضى وحقوقهم.

كما تؤكد الأدبيات أن نشر ثقافة الجودة يسهم في رفع مستوى الالتزام بالمعايير المهنية، وتحسين الأداء المؤسسي، وتقليل معدلات الأخطاء الطبية.

سادساً: التكنولوجيا الصحية ونظم المعلومات

أصبحت التكنولوجيا أحد أهم محددات جودة الرعاية الصحية، حيث أسهمت التقنيات الحديثة في تحسين سرعة التشخيص، ودقة القرارات العلاجية، وسهولة الوصول إلى المعلومات الصحية، وتقليل الأخطاء الناتجة عن الإجراءات اليدوية.

وتشمل هذه التقنيات:

* السجلات الصحية الإلكترونية.

* نظم دعم القرار السريري.

* الطب الاتصالي.

* الذكاء الاصطناعي في التشخيص.

* أنظمة إدارة المستشفيات.

كما تسهم نظم المعلومات الصحية في تحسين متابعة المرضى، وتوفير البيانات اللازمة لاتخاذ القرارات الإدارية والسريرية، وقياس مؤشرات الجودة بصورة مستمرة.

سابعاً: رضا العاملين والصحة النفسية

تشير الدراسات الحديثة إلى أن جودة الرعاية الصحية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالحالة النفسية للعاملين الصحيين، إذ يؤدي الرضا الوظيفي إلى رفع مستوى الالتزام، وتحسين الأداء، وزيادة جودة الخدمات المقدمة.

وفي المقابل، يؤدي الاحتراق الوظيفي والإجهاد المزمن إلى انخفاض الإنتاجية، وضعف التواصل مع المرضى، وزيادة احتمالية الأخطاء الطبية، وانخفاض جودة الرعاية الصحية (Li et al., 2024).

ولذلك، أصبح الاهتمام بالصحة النفسية للعاملين أحد المتطلبات الأساسية لتحقيق جودة الرعاية الصحية، خاصة في المؤسسات الصحية الخاصة التي تعتمد على كفاءة العنصر البشري لتحقيق ميزتها التنافسية.

ثامناً: التشريعات والاعتماد الصحي

تؤدي الأنظمة الصحية والتشريعات المنظمة للعمل الصحي دوراً مهماً في ضمان جودة الرعاية الصحية، حيث تضع الجهات التنظيمية معايير ملزمة للمؤسسات الصحية تتعلق بسلامة المرضى، وإدارة الجودة، وحقوق المرضى، ومكافحة العدوى، وإدارة المخاطر.

وفي المملكة العربية السعودية، تمثل معايير Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions المرجعية الوطنية لضمان جودة الخدمات الصحية، كما تعتمد بعض المنشآت الصحية الخاصة معايير Joint Commission International لرفع مستوى الأداء المؤسسي وتحقيق الاعتماد الدولي.

العلاقة بين محددات جودة الرعاية الصحية والدراسة الحالية:

يتضح من العرض السابق أن جودة الرعاية الصحية تتأثر بعوامل متعددة ومتداخلة، إلا أن الكوادر الصحية تمثل العامل الأكثر تأثيراً في نجاح المؤسسات الصحية في تحقيق الجودة. ويُعد الاحتراق الوظيفي من أبرز العوامل التي قد تُضعف أداء الكوادر الصحية وتحد من قدرتها على الالتزام بمعايير الجودة، من خلال تأثيره في التركيز، والرضا الوظيفي، والقدرة على التواصل، واتخاذ القرارات السريرية.

وبناءً على ذلك، تنطلق الدراسة الحالية من فرضية أن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة ينعكس سلباً على عدد من محددات جودة الرعاية الصحية، مثل سلامة المرضى، وكفاءة الأداء، ورضا المستفيدين، والالتزام بالمعايير المهنية، وهو ما سيتم اختباره ميدانياً.

تعليق تحليلي

تُظهر الأدبيات أن جودة الرعاية الصحية ليست مسؤولية قسم أو فرد معين، وإنما هي نتاج تكامل مجموعة من العوامل البشرية والتنظيمية والتقنية والتشريعية. ويبرز العنصر البشري بوصفه العامل الأكثر تأثيراً في نجاح برامج الجودة، إذ تعتمد جودة الخدمات الصحية على كفاءة الكوادر الصحية واستقرارها النفسي والمهني. ومن هنا، فإن معالجة الاحتراق الوظيفي لا تمثل فقط وسيلة لتحسين رفاهية العاملين، بل تُعد مدخلاً استراتيجياً لتعزيز جودة الرعاية الصحية ورفع كفاءة أداء المؤسسات الصحية الخاصة، وهو ما يمنح الدراسة الحالية أهمية علمية وتطبيقية في دعم جهود تطوير القطاع الصحي في مدينة جدة.

المطلب السادس: قياس جودة الرعاية الصحية ومؤشراتها

تُعد عملية قياس جودة الرعاية الصحية من الركائز الأساسية في إدارة المؤسسات الصحية الحديثة، إذ لا يمكن تحسين الجودة أو تطوير الخدمات الصحية دون وجود أدوات ومؤشرات دقيقة لقياس مستوى الأداء وتحديد جوانب القوة والضعف. ويُنظر إلى القياس بوصفه وسيلة علمية تساعد الإدارة الصحية على تقييم مدى تحقيق الأهداف الصحية، ومتابعة نتائج برامج الجودة، واتخاذ القرارات المناسبة لتحسين الأداء المؤسسي وتعزيز سلامة المرضى (Donabedian, 1988).

وقد ازداد الاهتمام بقياس جودة الرعاية الصحية خلال السنوات الأخيرة نتيجة التحول نحو الإدارة القائمة على النتائج، وظهور أنظمة الاعتماد الصحي، والتوسع في استخدام مؤشرات الأداء الصحي، حيث أصبحت المؤسسات الصحية مطالبة بإثبات جودة خدماتها استنادًا إلى بيانات ومؤشرات قابلة للقياس والتحليل.

أولاً: مفهوم قياس جودة الرعاية الصحية

يقصد بقياس جودة الرعاية الصحية عملية جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها بهدف تقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة مقارنة بالمعايير المعتمدة، والتأكد من تحقيق الأهداف الصحية المنشودة. كما يُعرف بأنه عملية منهجية تهدف إلى تقييم مدى كفاءة وفعالية وأمان الخدمات الصحية، ومدى رضا المرضى عنها، باستخدام مجموعة من المؤشرات الكمية والنوعية التي تعكس الأداء الفعلي للمؤسسة الصحية (Institute of Medicine, 2001).

ويُعد القياس المستمر للجودة من المتطلبات الأساسية للتحسين المستمر، إذ يوفر معلومات دقيقة تساعد في اكتشاف المشكلات مبكرًا، وتحديد أولويات التطوير، وتعزيز كفاءة استخدام الموارد الصحية.

ثانيًا: نموذج دونابيديان في قياس جودة الرعاية الصحية

يُعد نموذج Avedis Donabedian من أكثر النماذج استخدامًا في قياس جودة الرعاية الصحية، حيث قسم الجودة إلى ثلاثة مكونات رئيسية:

1- مؤشرات الهيكل (Structure Indicators)

تشير إلى الإمكانيات والموارد المتوافرة داخل المؤسسة الصحية والتي تؤثر في جودة الخدمات الصحية، مثل:

* عدد الأطباء والممرضين.

* المؤهلات العلمية للعاملين.

* الأجهزة والمعدات الطبية.

* البنية التحتية للمستشفى.

* نظم المعلومات الصحية.

* الموارد المالية.

ويفترض النموذج أن وجود هيكل تنظيمي وإمكانات مناسبة يمثل الأساس اللازم لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

2- مؤشرات العمليات (Process Indicators)

تركز على كيفية تقديم الرعاية الصحية والإجراءات المتبعة أثناء تقديم الخدمة، ومن أمثلتها:

* الالتزام بالبروتوكولات العلاجية.

* سرعة الاستجابة للحالات المرضية.

* دقة التشخيص.

* الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى.

* التواصل مع المرضى.

* تطبيق معايير سلامة المرضى.

وتُعد مؤشرات العمليات من أكثر المؤشرات استخدامًا في تقييم الأداء الصحي لأنها تعكس الممارسات الفعلية للعاملين الصحيين.

3- مؤشرات النتائج (Outcome Indicators)

تقيس النتائج النهائية للخدمات الصحية وتأثيرها على المرضى، ومن أهمها:

* معدلات الشفاء.

* معدلات المضاعفات.

* معدلات الوفيات.

* رضا المرضى.

* سلامة المرضى.

* جودة الحياة بعد العلاج.

وتُعد مؤشرات النتائج من أقوى المؤشرات المستخدمة في الحكم على جودة الرعاية الصحية، لأنها تعكس الأثر الحقيقي للخدمات الصحية المقدمة.

ثالثًا: مؤشرات جودة الرعاية الصحية

تعتمد المؤسسات الصحية على مجموعة واسعة من المؤشرات لقياس جودة الرعاية الصحية، ويمكن تصنيفها إلى المؤشرات الآتية:

1- مؤشرات سلامة المرضى

تشمل:

* معدل الأخطاء الطبية.

* معدل العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

* معدل السقوط داخل المنشآت الصحية.

* الأخطاء الدوائية.

* الحوادث الجراحية.

وتُعد هذه المؤشرات من أهم مؤشرات الجودة نظرًا لارتباطها المباشر بسلامة المرضى.

2- مؤشرات رضا المرضى

تشمل:

* رضا المرضى عن الخدمات الطبية.

* رضا المرضى عن التمريض.

* رضا المرضى عن التواصل مع العاملين.

* رضا المرضى عن مدة الانتظار.

* رضا المرضى عن بيئة المؤسسة الصحية.

وتستخدم العديد من المؤسسات الصحية استبيانات رضا المرضى بصورة دورية لقياس هذا المؤشر.

3- مؤشرات الكفاءة التشغيلية

ومن أمثلتها:

* متوسط مدة الانتظار.

* متوسط مدة الإقامة بالمستشفى.

* معدل إشغال الأسرة.

* معدل دوران الأسرة.

* إنتاجية العاملين.

وتساعد هذه المؤشرات في تقييم كفاءة استخدام الموارد الصحية.

4- المؤشرات السريرية

وتشمل:

* نجاح العمليات الجراحية.

* فعالية الخطط العلاجية.

* الالتزام بالإرشادات السريرية.

* نسب إعادة التنويم للمستشفى.

* معدلات المضاعفات العلاجية.

وتركز هذه المؤشرات على الجوانب الطبية والفنية للرعاية الصحية.

5- مؤشرات الموارد البشرية

وتشمل:

* معدل دوران العاملين.

* معدل الغياب الوظيفي.

* الرضا الوظيفي.

* مستوى الاحتراق الوظيفي.

* المشاركة في برامج التدريب.

وتكتسب هذه المؤشرات أهمية خاصة في الدراسة الحالية، لأن الاحتراق الوظيفي يُعد من العوامل المؤثرة بصورة مباشرة في جودة الرعاية الصحية.

رابعاً: الأساليب الحديثة في قياس جودة الرعاية الصحية

أصبحت المؤسسات الصحية تعتمد على مجموعة من الأدوات الحديثة لقياس الجودة، من أبرزها:

* بطاقات الأداء المتوازن (Balanced Scorecard).

* مؤشرات الأداء الرئيسية (KPIs).

* استبيانات رضا المرضى.

* أنظمة الاعتماد الصحي.

* التحليل الإحصائي للبيانات الصحية.

* لوحات المتابعة الإلكترونية (Dashboards).

وتسهم هذه الأدوات في توفير معلومات دقيقة وفورية تساعد متخذي القرار في متابعة الأداء وتحسين الخدمات الصحية بصورة مستمرة.

خامساً: قياس جودة الرعاية الصحية في الدراسة الحالية

في ضوء أهداف الدراسة الحالية، سيتم قياس جودة الرعاية الصحية باعتبارها المتغير التابع، من خلال مجموعة من الأبعاد المستمدة من الأدبيات العلمية والدراسات السابقة، وهي:

وسيتم قياس هذه الأبعاد من خلال استبانة موجهة للكوادر الصحية باستخدام مقياس ليكرت الخماسي، بما يسمح بتحليل مستوى جودة الرعاية الصحية واختبار أثر الاحتراق الوظيفي عليها.

العلاقة بين قياس جودة الرعاية الصحية والدراسة الحالية:

نظراً لأن الهدف الرئيس للدراسة هو التعرف على أثر الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة على جودة الرعاية الصحية، فإن قياس جودة الرعاية الصحية يمثل خطوة أساسية لاختبار فرضيات الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها.

ومن المتوقع أن تسهم نتائج القياس في تحديد مدى تأثير أبعاد الاحتراق الوظيفي (الإجهاد العاطفي، وتبدل المشاعر، وانخفاض الإنجاز الشخصي) على مؤشرات جودة الرعاية الصحية المختلفة، الأمر الذي يساعد في تقديم توصيات عملية لتحسين بيئة العمل الصحية ورفع مستوى جودة الخدمات المقدمة.

تعليق تحليلي

يتضح أن قياس جودة الرعاية الصحية لم يعد يقتصر على متابعة النتائج العلاجية فقط، بل أصبح يشمل تقييم جميع عناصر العملية الصحية بدءاً من الموارد والإمكانات، مروراً بالإجراءات والممارسات المهنية، وصولاً إلى النتائج النهائية ورضا المرضى. كما تؤكد الأدبيات الحديثة أن مؤشرات الموارد البشرية، وخاصة الاحتراق الوظيفي، أصبحت من أهم المؤشرات المؤثرة في جودة الرعاية الصحية، وهو ما يمنح الدراسة الحالية أهمية خاصة في تفسير العلاقة بين رفاهية العاملين الصحيين ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في مؤسسات القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

المبحث الثالث العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية

يشهد القطاع الصحي في السنوات الأخيرة اهتمامًا متزايدًا بدراسة العوامل المؤثرة في جودة الرعاية الصحية، ويأتي الاحتراق الوظيفي في مقدمة هذه العوامل لما يترتب عليه من آثار سلبية تمتد لتشمل العاملين والمؤسسات الصحية والمرضى على حد سواء. وقد بينت الأدبيات الحديثة أن جودة الرعاية الصحية لا تعتمد فقط على توافر الإمكانيات المادية أو التقنيات الطبية، وإنما ترتبط بدرجة كبيرة بالحالة النفسية والمهنية للعاملين الصحيين، باعتبارهم العنصر الأساسي في تقديم الخدمات الصحية. فكلما ارتفعت مستويات الاحتراق الوظيفي، انخفضت قدرة الكوادر الصحية على أداء مهامها بكفاءة، الأمر الذي ينعكس على جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى ورضاهم (West et al., 2021).

ويفسر الباحثون هذه العلاقة بأن الاحتراق الوظيفي يؤدي إلى استنزاف الموارد النفسية والجسدية للعاملين، مما يقلل من قدرتهم على التركيز واتخاذ القرارات السريعة السليمة والتواصل الفعال مع المرضى، وهو ما ينعكس في صورة أخطاء طبية، وضعف جودة الأداء، وانخفاض مستوى الرعاية الصحية المقدمة (Shanafelt et al., 2021). كما أكدت العديد من الدراسات الحديثة أن تحسين جودة الرعاية الصحية لا يمكن تحقيقه من خلال تطوير البنية التحتية أو التقنيات الطبية فقط، بل يتطلب أيضًا الاهتمام بالصحة النفسية للعاملين، وتوفير بيئة عمل داعمة تحد من الضغوط المهنية وتقلل من احتمالية الإصابة بالاحتراق الوظيفي. ومن هذا المنطلق، أصبح الاحتراق الوظيفي أحد أهم مؤشرات جودة الأداء المؤسسي في المؤسسات الصحية، وأحد الموضوعات الرئيسية في برامج تطوير القطاع الصحي وتحقيق الاعتماد المؤسسي (Li et al., 2024).

وانطلاقًا من ذلك، يتناول هذا المبحث الأسس النظرية التي تفسر العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، وتحليل الآثار المترتبة على الاحتراق الوظيفي في سلامة المرضى، والأداء المهني، ورضا المستفيدين، وصولًا إلى بناء النموذج النظري الذي تستند إليه الدراسة الحالية.

المطلب الأول العلاقة النظرية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية

تمثل العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية إحدى أكثر القضايا اهتمامًا في أدبيات الإدارة الصحية وعلم النفس التنظيمي، نظرًا لما تفرضه طبيعة العمل الصحي من ضغوط مهنية ونفسية مرتفعة، وما يترتب على ذلك من آثار تنعكس بصورة مباشرة على جودة الخدمات المقدمة للمرضى. وقد اتجهت البحوث الحديثة إلى تفسير جودة الرعاية الصحية بوصفها نتاجًا لتفاعل مجموعة من العوامل التنظيمية والبشرية، ويأتي العنصر البشري في مقدمتها، باعتباره المسؤول عن تقديم الخدمة الصحية وتنفيذ الإجراءات التشخيصية والعلاجية والتواصل مع المرضى وأسرة (West et al., 2021).

ويُنظر إلى الاحتراق الوظيفي باعتباره حالة من الاستنزاف النفسي والعاطفي والجسدي تنتج عن التعرض المستمر للضغوط المهنية، وتؤدي إلى انخفاض الدافعية للعمل، وضعف الالتزام التنظيمي، وتراجع الأداء المهني، وانخفاض القدرة على تقديم خدمات صحية عالية الجودة. ومن ثم، فإن العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية

تُعد علاقة عكسية؛ إذ يؤدي ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي إلى انخفاض جودة الرعاية الصحية بمختلف أبعادها، بما في ذلك سلامة المرضى، وفعالية الرعاية، ورضا المستفيدين، وكفاءة الأداء المؤسسي (Dyrbye et al., 2022).

وتشير الأدبيات إلى أن الكوادر الصحية التي تعاني من الإجهاد العاطفي تفقد تدريجيًا قدرتها على التركيز والانتباه أثناء أداء المهام السريرية، وهو ما يزيد من احتمالية ارتكاب الأخطاء الطبية، ويضعف القدرة على اتخاذ القرارات العلاجية المناسبة. كما أن تلبد المشاعر، الذي يمثل أحد الأبعاد الرئيسة للاحتراق الوظيفي، يؤدي إلى انخفاض مستوى التعاطف مع المرضى، وضعف جودة التواصل معهم، الأمر الذي يؤثر في تجربتهم العلاجية ومستوى رضاهم عن الخدمات الصحية (Maslach & Leiter, 2016).

ومن ناحية أخرى، يؤدي انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي إلى تراجع الدافعية المهنية، وانخفاض المبادرة والابتكار، وضعف الالتزام بتطبيق معايير الجودة، مما ينعكس في انخفاض كفاءة الأداء المؤسسي، وتراجع جودة الخدمات الصحية المقدمة. ويزداد هذا التأثير في المؤسسات الصحية التي تعاني من نقص الكوادر البشرية أو ارتفاع أعباء العمل أو ضعف الدعم الإداري، حيث تصبح الضغوط المهنية أكثر شدة، ويزداد معها احتمال الإصابة بالاحتراق الوظيفي (Bakker & Demerouti, 2017).

وتؤكد نظرية متطلبات العمل والموارد (Job Demands–Resources Theory) أن ارتفاع متطلبات العمل، مثل ضغط الوقت، وكثرة أعداد المرضى، وطول ساعات العمل، مع انخفاض الموارد التنظيمية كال دعم الإداري والاستقلالية المهنية وفرص التطور الوظيفي، يؤدي إلى استنزاف الطاقة النفسية للعاملين وارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي، وهو ما ينعكس بصورة مباشرة على جودة الأداء والرعاية الصحية (Bakker & Demerouti, 2017).

كما تفسر نظرية الحفاظ على الموارد (Conservation of Resources Theory) العلاقة بين المتغيرين من خلال افتراض أن الأفراد يسعون إلى الحفاظ على مواردهم النفسية والجسدية، وعندما تتعرض هذه الموارد للاستنزاف المستمر دون تعويض مناسب، تظهر أعراض الاحتراق الوظيفي، مما يؤدي إلى انخفاض القدرة على أداء المهام بكفاءة، وتراجع جودة الخدمات المقدمة (Hobfoll et al., 2018).

وأثبتت العديد من الدراسات التطبيقية وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية؛ حيث أظهرت دراسة Li et al (2024) أن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي لدى المرضى ارتبط بزيادة الأخطاء الطبية، وانخفاض سلامة المرضى، وتراجع رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية. كما توصلت دراسة West et al (2021) إلى أن المؤسسات الصحية التي تسجل مستويات مرتفعة من الاحتراق الوظيفي تكون أكثر عرضة لانخفاض جودة الأداء السريري، وارتفاع معدلات الغياب الوظيفي، وزيادة دوران العاملين.

وفي السياق السعودي، تكتسب هذه العلاقة أهمية متزايدة في ظل التوسع المستمر في القطاع الصحي الخاص، وارتفاع الطلب على الخدمات الصحية، وسعي المؤسسات الصحية إلى تحقيق الاعتماد المؤسسي والتميز في جودة

الخدمات، الأمر الذي يجعل المحافظة على الصحة النفسية للعاملين أحد المتطلبات الأساسية لتحقيق جودة الرعاية الصحية واستدامتها.

وبناءً على ما سبق، يمكن القول إن العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية ليست علاقة مباشرة فحسب، وإنما علاقة معقدة تتداخل فيها العوامل التنظيمية والنفسية والمهنية، إلا أن الأدبيات تكاد تُجمع على أن خفض مستويات الاحتراق الوظيفي يمثل أحد أهم المداخل لتحسين جودة الرعاية الصحية، وتعزيز سلامة المرضى، ورفع كفاءة المؤسسات الصحية.

تعليق تحليلي

يتبين من العرض السابق أن الأدبيات العلمية تتفق على وجود علاقة سلبية واضحة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، وأن هذه العلاقة تستند إلى أطر نظرية راسخة، أبرزها نظرية متطلبات العمل والموارد ونظرية الحفاظ على الموارد. كما تشير نتائج الدراسات الحديثة إلى أن الاحتراق الوظيفي لا يقتصر تأثيره على رفاهية العاملين، بل يمتد ليؤثر في جودة الخدمات الصحية، وسلامة المرضى، وكفاءة الأداء المؤسسي. وانطلاقاً من ذلك، تستند الدراسة الحالية إلى هذا الأساس النظري لاختبار طبيعة هذه العلاقة في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة، وتحليل مدى تأثير الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في جودة الرعاية الصحية.

المطلب الثاني: أثر الاحتراق الوظيفي على سلامة المرضى وجودة الخدمات الصحية

تُعد سلامة المرضى (Patient Safety) أحد أهم المؤشرات العالمية المستخدمة في تقييم جودة الرعاية الصحية، كما تمثل أحد الأهداف الرئيسية التي تسعى المؤسسات الصحية إلى تحقيقها من خلال تطبيق معايير الجودة والاعتماد الصحي. وقد أولت المنظمات الصحية الدولية اهتماماً متزايداً بهذا المفهوم بعد أن أثبتت التقارير والدراسات أن نسبة كبيرة من الأحداث الضارة التي يتعرض لها المرضى يمكن تجنبها إذا توفرت بيئة عمل صحية، وكوادر مؤهلة، وأنظمة فعالة لإدارة المخاطر (World Health Organization, 2021).

وتُعرف سلامة المرضى بأنها الحد من المخاطر والأضرار غير الضرورية المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية إلى أدنى مستوى ممكن، من خلال تطبيق الإجراءات الوقائية والالتزام بالبروتوكولات السريرية، وتطوير أنظمة الإبلاغ عن الأخطاء الطبية، وتعزيز ثقافة الجودة داخل المؤسسات الصحية (Institute of Medicine, 2001). إلا أن تحقيق هذا الهدف يعتمد بدرجة كبيرة على الحالة النفسية والمهنية للعاملين الصحيين، إذ تشير الأدبيات إلى أن الاحتراق الوظيفي يُعد من أبرز العوامل التي تهدد سلامة المرضى وجودة الخدمات الصحية.

ويؤدي الاحتراق الوظيفي إلى انخفاض قدرة العاملين الصحيين على التركيز والانتباه أثناء أداء المهام السريرية، نتيجة الاستنزاف النفسي والعاطفي المصاحب له، وهو ما يزيد من احتمالية ارتكاب الأخطاء الطبية، سواء في تشخيص الحالات المرضية، أو وصف الأدوية، أو تنفيذ الإجراءات العلاجية، أو متابعة المرضى. كما يؤدي الإرهاق المستمر إلى

ضعف الذاكرة قصيرة المدى، وانخفاض سرعة الاستجابة، وتراجع القدرة على اتخاذ القرارات السريرية في الوقت المناسب، وهي عوامل تؤثر بصورة مباشرة في سلامة المرضى (West et al., 2021).

وتشير نظرية الحفاظ على الموارد (Conservation of Resources Theory) إلى أن استمرار الضغوط المهنية يؤدي إلى استنزاف الموارد النفسية والجسدية للعاملين، ومع استمرار هذا الاستنزاف يصبح الفرد أقل قدرة على ضبط الانتباه وإدارة المواقف المعقدة، مما يزيد من احتمالية وقوع الأخطاء المهنية. وفي القطاع الصحي، قد تكون هذه الأخطاء ذات عواقب خطيرة؛ لأنها ترتبط بصحة الإنسان وحياته (Hobfoll et al., 2018).

كما تؤكد نظرية متطلبات العمل والموارد (Job Demands–Resources Theory) أن ارتفاع متطلبات العمل، مثل كثافة أعداد المرضى، وطول ساعات العمل، وضغط الوقت، مع محدودية الموارد التنظيمية والدعم الإداري، يؤدي إلى زيادة مستويات الاحتراق الوظيفي، ومن ثم انخفاض جودة الأداء السريري وارتفاع معدلات الأخطاء الطبية (Bakker & Demerouti, 2017).

وقد أثبتت العديد من الدراسات التطبيقية هذه العلاقة. فقد توصلت دراسة Li et al (2024)، التي اعتمدت على مراجعة منهجية وتحليل تلوي لعدد كبير من الدراسات الدولية، إلى أن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين ارتبط بزيادة الأخطاء الطبية، وانخفاض سلامة المرضى، وتراجع جودة الرعاية الصحية ورضا المرضى. وأوضحت الدراسة أن الإجهاد العاطفي كان أكثر أبعاد الاحتراق الوظيفي ارتباطاً بالأحداث السلبية داخل المؤسسات الصحية.

وفي السياق ذاته، أوضحت دراسة Shanafelt et al (2021) أن الأطباء الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق الوظيفي كانوا أكثر عرضة للإبلاغ عن وقوع أخطاء طبية مقارنة بزملائهم، كما ارتبط الاحتراق الوظيفي بانخفاض الالتزام بالإرشادات السريرية، وتراجع جودة الأداء المهني.

كما أشارت دراسة Dyrbye et al (2022) إلى أن الاحتراق الوظيفي لا يؤثر فقط في الأخطاء الطبية، وإنما يمتد تأثيره إلى ضعف ثقافة السلامة داخل المؤسسة الصحية، حيث يقل استعداد العاملين للإبلاغ عن الأخطاء أو المشاركة في برامج تحسين الجودة نتيجة انخفاض الدافعية والإجهاد النفسي.

ومن جانب آخر، يؤثر الاحتراق الوظيفي في جودة الخدمات الصحية من خلال تراجع كفاءة الأداء السريري، وضعف التواصل بين أعضاء الفريق الصحي، وانخفاض القدرة على التنسيق بين التخصصات المختلفة، وهو ما ينعكس على استمرارية الرعاية الصحية، ويزيد من احتمالية حدوث مضاعفات علاجية وتأخر تقديم الخدمات الصحية.

المطلب الثالث: أثر الاحتراق الوظيفي على الأداء الوظيفي والإنتاجية المهنية

يُعد الأداء الوظيفي والإنتاجية المهنية من أهم المؤشرات التي تعتمد عليها المؤسسات الصحية في تقييم كفاءة الكوادر الصحية وجودة الخدمات المقدمة. ويقصد بالأداء الوظيفي مدى قدرة العامل الصحي على تنفيذ المهام والمسؤوليات الموكلة إليه بكفاءة وفاعلية وفق المعايير المهنية والأخلاقية المعتمدة، بينما تشير الإنتاجية المهنية إلى حجم الإنجاز

الذي يحققه العامل خلال فترة زمنية معينة مع المحافظة على جودة الأداء (Armstrong, 2020). ويؤثر الأداء الوظيفي للعاملين الصحيين بصورة مباشرة في كفاءة الخدمات الصحية، وسلامة المرضى، وفعالية العمليات السريرية والإدارية، مما يجعل الحفاظ على مستوى مرتفع من الأداء هدفاً رئيساً للمؤسسات الصحية.

وتؤكد الأدبيات العلمية أن الاحتراق الوظيفي يُعد من أبرز العوامل التي تؤدي إلى تراجع الأداء الوظيفي وانخفاض الإنتاجية المهنية لدى الكوادر الصحية، نتيجة ما يسببه من استنزاف نفسي وعاطفي وجسدي ينعكس على قدرة العامل على أداء مهامه اليومية بكفاءة. فمع استمرار التعرض لضغوط العمل، يبدأ العامل الصحي في فقدان الحماس والدافعية، ويصبح أقل قدرة على التركيز واتخاذ القرارات السريرية، كما تنخفض رغبته في بذل الجهد أو المشاركة في الأنشطة التطويرية، الأمر الذي ينعكس سلباً على جودة الخدمات الصحية (Maslach & Leiter, 2016). وتشير نظرية متطلبات العمل والموارد (Job Demands–Resources Theory) إلى أن الأداء الوظيفي يتأثر بالتوازن بين متطلبات العمل والموارد المتاحة للعامل. فعندما ترتفع متطلبات العمل، مثل زيادة عدد المرضى، وطول ساعات العمل، وتعدد المهام، في ظل محدودية الموارد التنظيمية كال دعم الإداري وفرص التدريب والاستقلالية المهنية، يحدث استنزاف تدريجي للطاقة النفسية والجسدية، مما يؤدي إلى ظهور الاحتراق الوظيفي وانخفاض الأداء والإنتاجية (Bakker & Demerouti, 2017).

كما تفسر نظرية الحفاظ على الموارد (Conservation of Resources Theory) هذه العلاقة من خلال افتراض أن الفرد يسعى إلى الحفاظ على موارده الشخصية، وعندما يفقد هذه الموارد نتيجة الضغوط المستمرة دون تعويض مناسب، تتراجع قدرته على الأداء الفعال، ويصبح أكثر عرضة للإجهاد وضعف الإنجاز المهني (Hobfoll et al., 2018). وتظهر آثار الاحتراق الوظيفي على الأداء الوظيفي في عدة صور، من أبرزها انخفاض جودة تنفيذ المهام، وضعف الالتزام بالمعايير المهنية، والتأخر في إنجاز الأعمال، وانخفاض القدرة على حل المشكلات، وضعف التعاون مع أعضاء الفريق الصحي، إضافة إلى زيادة معدلات الغياب الوظيفي، والرغبة في ترك العمل، وارتفاع معدل دوران العاملين. كما يؤدي الاحتراق الوظيفي إلى انخفاض المشاركة في برامج التطوير المهني والابتكار، مما يحد من قدرة المؤسسة الصحية على تحسين خدماتها ومواكبة التطورات العلمية.

وقد أثبتت العديد من الدراسات الحديثة هذه العلاقة. فقد أوضحت دراسة Dyrbye et al (2022) أن الأطباء الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الاحتراق الوظيفي أظهروا انخفاضاً واضحاً في الأداء المهني، وارتفاعاً في معدلات الغياب، وضعفاً في الالتزام بالمعايير السريرية، مقارنة بزملائهم الذين يتمتعون بمستويات منخفضة من الاحتراق الوظيفي. كما أكدت الدراسة أن تحسين بيئة العمل والدعم التنظيمي يساهم بصورة كبيرة في رفع الإنتاجية المهنية وتقليل الاحتراق الوظيفي.

وفي السياق نفسه، توصلت دراسة West et al (2021) إلى أن الاحتراق الوظيفي يؤدي إلى انخفاض الرضا الوظيفي، وتراجع الالتزام التنظيمي، وارتفاع نية ترك العمل، وهي عوامل تؤثر بصورة غير مباشرة في استقرار القوى العاملة داخل المؤسسات الصحية وجودة الخدمات الصحية المقدمة.

كما بينت دراسة Woo et al (2023)، التي اعتمدت على التحليل التلوي لعدد كبير من الدراسات، أن الاحتراق الوظيفي يرتبط بانخفاض الكفاءة المهنية للممرضين، وضعف جودة الأداء، وارتفاع معدلات الأخطاء السريرية، مؤكدة أن الاستثمار في رفاهية العاملين يسهم في تحسين الأداء والإنتاجية وجودة الرعاية الصحية.

ومن ناحية أخرى، ينعكس انخفاض الإنتاجية المهنية على المؤسسة الصحية من خلال زيادة تكاليف التشغيل، وتراجع كفاءة استخدام الموارد، وارتفاع الحاجة إلى التوظيف والتدريب، إضافة إلى التأثير السلبي في سمعة المؤسسة الصحية وقدرتها التنافسية، لا سيما في القطاع الصحي الخاص الذي يعتمد على جودة الأداء في استقطاب المرضى والمحافظة عليهم.

وفي المملكة العربية السعودية، تبرز أهمية تحسين الأداء الوظيفي والإنتاجية المهنية في ظل مستهدفات رؤية السعودية 2030، التي تركز على رفع كفاءة القطاع الصحي، وتحسين جودة الخدمات، وتعزيز استدامة الموارد البشرية الصحية. ومن ثم، فإن الحد من الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية يُعد أحد المتطلبات الأساسية لتحقيق هذه المستهدفات، خاصة في مؤسسات القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

وبناءً على ما سبق، يتضح أن الاحتراق الوظيفي يؤثر في الأداء الوظيفي والإنتاجية المهنية بصورة مباشرة وغير مباشرة، من خلال تقليل الدافعية، وإضعاف التركيز، وزيادة الغياب الوظيفي، وانخفاض الالتزام التنظيمي، الأمر الذي ينعكس في النهاية على جودة الرعاية الصحية وكفاءة المؤسسة الصحية.

تعليق تحليلي

تشير الأدبيات العلمية إلى أن الأداء الوظيفي والإنتاجية المهنية يمثلان حلقة الوصل بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، إذ يبدأ تأثير الاحتراق الوظيفي بانخفاض كفاءة العامل الصحي، ثم يمتد ليؤثر في أداء الفريق الصحي، وكفاءة العمليات، وجودة الخدمات المقدمة للمرضى. وتؤكد الدراسات الحديثة أن المؤسسات الصحية التي تنجح في توفير بيئة عمل داعمة، وبرامج للرفاه الوظيفي، وأنظمة عادلة لإدارة الموارد البشرية، تحقق مستويات أعلى من الأداء والإنتاجية مقارنة بالمؤسسات التي تهمل الجوانب النفسية للعاملين. ويعزز ذلك أهمية الدراسة الحالية في استكشاف أثر الاحتراق الوظيفي على الأداء الوظيفي والإنتاجية المهنية لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة، بوصفه مدخلاً أساسياً لتحسين جودة الرعاية الصحية.

المطلب الرابع: أثر الاحتراق الوظيفي على رضا المرضى وتجربتهم الصحية

يُعد رضا المرضى أحد أهم المؤشرات المستخدمة عالمياً في تقييم جودة الرعاية الصحية، إذ يعكس مدى قدرة المؤسسات الصحية على تلبية احتياجات المستفيدين وتوقعاتهم، كما يمثل مؤشراً لفاعلية الخدمات الصحية المقدمة وكفاءة مقدمي الرعاية الصحية. ولم يعد تقييم جودة الرعاية الصحية يقتصر على النتائج السريرية أو المؤشرات الفنية، بل أصبح يشمل تجربة المريض أثناء تلقي الخدمة الصحية، باعتبارها عنصراً أساسياً في تحسين جودة الخدمات وتحقيق التميز المؤسسي (World Health Organization, 2021).

ويقصد برضا المرضى درجة التوافق بين توقعات المريض قبل تلقي الخدمة الصحية وإدراكه لمستوى الخدمة التي حصل عليها بعد تقديمها، ويشمل ذلك جودة التواصل مع الكوادر الصحية، وسرعة تقديم الخدمة، والاستجابة لاحتياجاته، وإشراكه في اتخاذ القرار العلاجي، والاحترام والخصوصية، وجودة الرعاية المقدمة (Institute of Medicine, 2001).

وتشير الأدبيات العلمية إلى أن الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية يؤثر بصورة مباشرة في تجربة المرضى ورضاهم عن الخدمات الصحية، حيث يؤدي الإجهاد العاطفي والإرهاق المستمر إلى انخفاض قدرة العاملين على التواصل الإيجابي مع المرضى، وإظهار التعاطف معهم، والاستجابة لاحتياجاتهم النفسية والاجتماعية، وهو ما ينعكس سلباً على جودة التجربة العلاجية.

ويُعد تبلد المشاعر أحد أخطر أبعاد الاحتراق الوظيفي في هذا الجانب، إذ يدفع العامل الصحي إلى التعامل مع المرضى بصورة آلية أو رسمية، مع انخفاض مستوى الاهتمام بمشاعرهم واحتياجاتهم، مما يضعف العلاقة العلاجية ويؤثر في ثقة المرضى بالمؤسسة الصحية. كما يؤدي انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي إلى تراجع الحماس والرغبة في تقديم خدمة صحية متميزة، الأمر الذي ينعكس على مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة (Maslach & Leiter, 2016).

وقد أكدت دراسة Li et al (2024) وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين ورضا المرضى، حيث أظهرت نتائج التحليل التلوي أن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي ارتبط بانخفاض تقييم المرضى لجودة الرعاية الصحية، وتراجع مستوى الثقة في الخدمات المقدمة. كما توصلت دراسة West et al (2021) إلى أن المؤسسات الصحية التي ترتفع فيها معدلات الاحتراق الوظيفي تسجل مستويات أقل من رضا المرضى، نتيجة انخفاض جودة التواصل، وضعف الاستجابة، وارتفاع معدلات الأخطاء الطبية.

ومن جانب آخر، تؤثر تجربة المرضى في الصورة الذهنية للمؤسسة الصحية، إذ إن التجارب الإيجابية تعزز الثقة والولاء، بينما تؤدي التجارب السلبية إلى انخفاض معدلات العودة للمؤسسة، وزيادة الشكاوى، وتراجع السمعة التنافسية، وهو ما يكتسب أهمية خاصة في القطاع الصحي الخاص الذي يعتمد بدرجة كبيرة على رضا المستفيدين واستمرارهم في الاستفادة من خدماته.

وتتفق هذه النتائج مع نظرية الحفاظ على الموارد التي ترى أن استنزاف الموارد النفسية للعامل الصحي يقلل من قدرته على بناء علاقات إنسانية إيجابية مع المرضى، كما تتفق مع نظرية متطلبات العمل والموارد التي تؤكد أن ارتفاع ضغوط العمل دون توفير الدعم التنظيمي يؤدي إلى انخفاض جودة التفاعل مع المرضى، ومن ثم انخفاض رضاهم عن الخدمات الصحية.

وفي ضوء ما سبق، يتضح أن الاهتمام برضا الكوادر الصحية لا يسهم فقط في تحسين ظروف العمل، بل يمثل استثماراً مباشراً في تحسين تجربة المرضى، وزيادة رضاهم، وتعزيز جودة الرعاية الصحية، وهو ما تسعى الدراسة الحالية إلى اختباره في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

تعليق تحليلي

تشير الأدبيات الحديثة إلى أن رضا المرضى يمثل حلقة وصل بين جودة الرعاية الصحية وكفاءة الكوادر الصحية، وأن الاحتراق الوظيفي يؤثر في هذا المؤشر من خلال إضعاف التواصل الإنساني، وانخفاض التعاطف، وتراجع جودة التفاعل مع المرضى. ومن ثم فإن تحسين الصحة النفسية للعاملين يسهم بصورة مباشرة في تحسين تجربة المرضى ورفع مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية، وهو ما يعزز أهمية الدراسة الحالية في القطاع الصحي الخاص.

المطلب الخامس: النموذج النظري للدراسة الحالية

يمثل النموذج النظري الإطار الذي يوضح طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة، ويستند إلى الأدبيات العلمية والنظريات المفسرة للعلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية. ويهدف هذا النموذج إلى توضيح المسار المفترض لتأثير الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في جودة الرعاية الصحية داخل مؤسسات القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

وتستند الدراسة الحالية إلى نظرية متطلبات العمل والموارد (Job Demands–Resources Theory) التي ترى أن ارتفاع متطلبات العمل، مثل كثافة أعداد المرضى، وضغط الوقت، وطول ساعات العمل، يقود إلى استنزاف العاملين إذا لم يقابله دعم تنظيمي وموارد كافية، وهو ما يؤدي إلى الاحتراق الوظيفي وانخفاض جودة الأداء (Bakker & Demerouti, 2017).

كما تعتمد الدراسة على نظرية الحفاظ على الموارد (Conservation of Resources Theory)، التي تفترض أن الأفراد يسعون إلى الحفاظ على مواردهم النفسية والجسدية، وأن فقدان هذه الموارد نتيجة الضغوط المستمرة يؤدي إلى الاحتراق الوظيفي، ومن ثم انخفاض الكفاءة المهنية وجودة الرعاية الصحية (Hobfoll et al., 2018). وبناءً على ذلك، يُعد الاحتراق الوظيفي المتغير المستقل في الدراسة، بينما تمثل جودة الرعاية الصحية المتغير التابع، ويُتوقع وجود تأثير سلبي ذي دلالة إحصائية بينهما. ويتكون الاحتراق الوظيفي من ثلاثة أبعاد رئيسية:

* الإجهاد العاطفي.

* تبلد المشاعر.

* انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي.

أما جودة الرعاية الصحية فتقاس من خلال الأبعاد الآتية:

* سلامة المرضى.

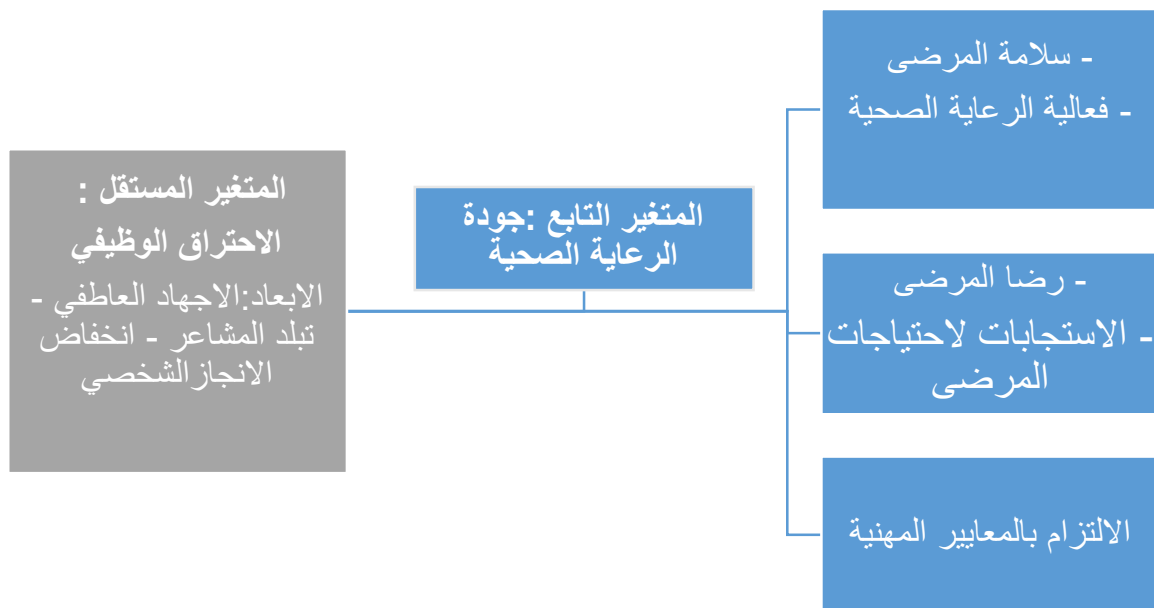
* فعالية الرعاية الصحية.

* رضا المرضى.

* الاستجابة لاحتياجات المرضى.

* الالتزام بالمعايير المهنية.

ويمكن تمثيل النموذج النظري للدراسة بالشكل الآتي: الشكل (1-2)



ويفترض هذا النموذج أن زيادة مستويات الاحتراق الوظيفي تؤدي إلى انخفاض مستوى جودة الرعاية الصحية، سواء بصورة مباشرة من خلال ضعف الأداء السريري، أو بصورة غير مباشرة من خلال انخفاض الرضا الوظيفي، وضعف التواصل مع المرضى، وزيادة الأخطاء الطبية.

ويُعد هذا النموذج منسجماً مع نتائج الدراسات السابقة التي أثبتت وجود علاقة سلبية بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، كما يمثل الأساس العلمي الذي بُنيت عليه فرضيات الدراسة الحالية، وسيتم اختباره ميدانياً باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة في الفصل الرابع.

تعليق تحليلي

يمثل النموذج النظري للدراسة حلقة الربط بين الإطار النظري والدراسة الميدانية، إذ يوضح بصورة منهجية كيفية انتقال أثر الاحتراق الوظيفي إلى جودة الرعاية الصحية من خلال أبعاده المختلفة. كما يستند إلى نظريتين راسختين في علم النفس التنظيمي والإدارة الصحية، الأمر الذي يمنح الدراسة أساساً نظرياً قوياً ويدعم تفسير نتائجها لاحقاً. ويتوقع أن يساهم اختبار هذا النموذج في تقديم أدلة علمية تساعد متخذي القرار في مؤسسات القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة على تطوير سياسات للحد من الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية.

المبحث الرابع القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية ومدينة جدة

يُعد القطاع الصحي الخاص أحد المكونات الرئيسية للنظام الصحي في المملكة العربية السعودية، إذ يسهم بصورة متزايدة في تقديم الخدمات الصحية، وتخفيف العبء عن القطاع الحكومي، ورفع كفاءة النظام الصحي، وتعزيز التنافسية في تقديم الرعاية الصحية. وقد شهد هذا القطاع خلال السنوات الأخيرة توسعاً ملحوظاً من حيث عدد المستشفيات والمراكز الطبية والعيادات المتخصصة، مدفوعاً بالطلب المتزايد على الخدمات الصحية، والنمو السكاني، ودعم الدولة للاستثمار في المجال الصحي، إلى جانب مستهدفات رؤية السعودية 2030 التي أكدت أهمية تعزيز دور القطاع الخاص في التنمية الصحية.

ويتميز القطاع الصحي الخاص بمرونة إدارية وتشغيلية أكبر مقارنة بالقطاع الحكومي، الأمر الذي يساعده على سرعة تبني التقنيات الحديثة، وتطوير الخدمات الصحية، وتحسين تجربة المرضى، إلا أنه في المقابل يواجه تحديات تتعلق بإدارة الموارد البشرية، والمحافظة على جودة الخدمات، والحد من الضغوط المهنية التي يتعرض لها العاملون الصحيون.

ويكتسب موضوع الاحتراق الوظيفي أهمية خاصة في هذا القطاع؛ نظراً لارتفاع المنافسة بين المؤسسات الصحية الخاصة، وارتباط الأداء المؤسسي بدرجة رضا المرضى وجودة الخدمات الصحية، وهو ما يجعل الاهتمام بالكوادر الصحية أحد العوامل الحاسمة لتحقيق التميز والاستدامة.

وفي ضوء ذلك، يتناول هذا المبحث مفهوم القطاع الصحي الخاص، وواقعه في المملكة العربية السعودية، وخصائصه في مدينة جدة، وأبرز التحديات التي تواجه الكوادر الصحية، والجهود الوطنية الرامية إلى تطوير جودة الرعاية الصحية، وصولاً إلى ربط هذه الجوانب بموضوع الدراسة الحالية.

المطلب الأول مفهوم القطاع الصحي الخاص وأهميته

يُعرف القطاع الصحي الخاص بأنه مجموعة المؤسسات والمنشآت الصحية التي يمتلكها أو يديرها أفراد أو شركات أو مؤسسات غير حكومية، وتقدم خدمات الرعاية الصحية مقابل رسوم مالية، سواء بصورة مباشرة أو من خلال أنظمة التأمين الصحي. ويشمل هذا القطاع المستشفيات الخاصة، والمجمعات الطبية، والعيادات المتخصصة، والمختبرات الطبية، ومراكز الأشعة، ومراكز العلاج الطبيعي، وغيرها من المنشآت الصحية التي تعمل وفق الأنظمة واللوائح المنظمة للقطاع الصحي في المملكة العربية السعودية (Saudi Ministry of Health, 2023).

ويؤدي القطاع الصحي الخاص دوراً محورياً في دعم النظام الصحي الوطني، من خلال زيادة الطاقة الاستيعابية للخدمات الصحية، وتقليل الضغط على المستشفيات الحكومية، وتوفير خيارات علاجية متنوعة للمرضى، واستقطاب الكفاءات الطبية المتخصصة، إلى جانب الإسهام في نقل التقنيات الطبية الحديثة وتعزيز الاستثمار في المجال الصحي. كما يسهم في رفع مستوى التنافس بين المؤسسات الصحية، الأمر الذي يدفعها إلى تحسين جودة الخدمات الصحية وتطوير الأداء المؤسسي بصورة مستمرة.

وتشير الأدبيات إلى أن نجاح القطاع الصحي الخاص يعتمد بدرجة كبيرة على جودة الموارد البشرية العاملة فيه، إذ تمثل الكوادر الصحية العنصر الرئيس في تقديم الخدمات الصحية، وتحقيق رضا المرضى، والمحافظة على سمعة المؤسسة الصحية. ولذلك، فإن أي انخفاض في كفاءة العاملين أو تعرضهم لمستويات مرتفعة من الاحتراق الوظيفي ينعكس بصورة مباشرة على جودة الرعاية الصحية، ويؤثر في القدرة التنافسية للمؤسسة.

ويتميز القطاع الصحي الخاص بعدد من الخصائص، من أبرزها المرونة في اتخاذ القرارات الإدارية، وسرعة الاستجابة لاحتياجات السوق، والاعتماد على مؤشرات الأداء والجودة، والتركيز على رضا المستفيدين، والاهتمام بالتطوير المستمر. وفي المقابل، يواجه هذا القطاع ضغوطاً تتعلق بتحقيق الكفاءة التشغيلية، وضبط التكاليف، والمحافظة على مستويات مرتفعة من الجودة في ظل المنافسة المتزايدة.

ومن منظور الإدارة الصحية، لا يقتصر نجاح مؤسسات القطاع الصحي الخاص على توافر الإمكانيات المادية والتقنية، بل يعتمد بصورة أساسية على كفاءة الكوادر الصحية واستقرارها النفسي والمهني، لأن جودة الخدمات الصحية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالأداء البشري. وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن المؤسسات التي تستثمر في تحسين بيئة العمل، ودعم العاملين، والحد من الاحتراق الوظيفي، تحقق مستويات أعلى من جودة الرعاية الصحية ورضا المرضى مقارنة بالمؤسسات التي تهمل هذه الجوانب (West et al., 2021).

وفي المملكة العربية السعودية، أصبح القطاع الصحي الخاص شريكاً أساسياً في تحقيق مستهدفات التنمية الصحية، خاصة مع التوسع في برامج الخصخصة، وزيادة الاعتماد على الاستثمار الصحي، وتعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وهو ما يفرض ضرورة الاهتمام بالعوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية، وفي مقدمتها الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية.

تعليق تحليلي

يتضح أن القطاع الصحي الخاص يمثل ركيزة أساسية في تطوير النظام الصحي السعودي، إلا أن نجاحه لا يعتمد فقط على حجم الاستثمار أو الإمكانيات التقنية، وإنما يرتبط بدرجة كبيرة بقدرته على إدارة موارده البشرية بكفاءة. ويُعد الاحتراق الوظيفي أحد أهم التحديات التي قد تحد من قدرة المؤسسات الصحية الخاصة على تحقيق جودة الرعاية الصحية والمحافظة على رضا المرضى، الأمر الذي يجعل دراسته في هذا القطاع ذات أهمية علمية وتطبيقية، خاصة في مدينة جدة التي تُعد من أكبر المراكز الصحية في المملكة.

المطلب الثاني و اقع القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية

شهد القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية تطوراً ملحوظاً خلال العقود الأخيرة، وأصبح أحد الركائز الأساسية للنظام الصحي الوطني، وذلك نتيجة النمو السكاني، وزيادة الطلب على الخدمات الصحية، وارتفاع الوعي الصحي، إضافة إلى توجه الدولة نحو تعزيز مشاركة القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وقد أسهم هذا التوسع في زيادة عدد المنشآت الصحية الخاصة، ورفع الطاقة الاستيعابية للخدمات الطبية، وتحسين مستوى المنافسة بين مقدمي الرعاية الصحية، بما انعكس إيجاباً على جودة الخدمات الصحية وتنوعها (Saudi Ministry of Health, 2023).

ويضم القطاع الصحي الخاص في المملكة مستشفيات عامة ومتخصصة، ومجمعات طبية، وعيادات تخصصية، ومراكز تشخيصية، ومختبرات طبية، ومراكز علاج وتأهيل، إضافة إلى الصيدليات والمنشآت الصحية المساندة. وقد أصبح هذا القطاع شريكاً رئيساً في تقديم الخدمات الصحية، خصوصاً بعد تطبيق نظام التأمين الصحي التعاوني الذي أسهم في زيادة الطلب على خدمات المؤسسات الصحية الخاصة.

وأكدت رؤية السعودية 2030 أهمية رفع مساهمة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، من خلال تعزيز الاستثمار، وتوسيع الشراكات مع القطاع الحكومي، وتحسين كفاءة الإنفاق، وتحقيق الاستدامة المالية، ورفع جودة الخدمات الصحية. كما ركز برنامج تحول القطاع الصحي على بناء نظام صحي أكثر كفاءة يعتمد على الوقاية، وجودة الخدمات، وتحسين تجربة المريض، مع تمكين القطاع الخاص من أداء دور أكبر في تقديم الرعاية الصحية.

ورغم هذا التطور، لا يزال القطاع الصحي الخاص يواجه عددًا من التحديات، من أهمها المنافسة الشديدة بين المؤسسات الصحية، وارتفاع تكاليف التشغيل، والحاجة المستمرة إلى استقطاب الكفاءات الصحية والمحافظة عليها، إضافة إلى الضغوط المهنية الناتجة عن زيادة الطلب على الخدمات الصحية. وتؤثر هذه التحديات بصورة مباشرة في بيئة العمل، وقد تؤدي إلى ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية إذا لم تتوافر سياسات تنظيمية داعمة.

كما تشير التقارير الرسمية إلى أن تحسين جودة الرعاية الصحية أصبح من أهم معايير تقييم أداء مؤسسات القطاع الصحي الخاص، حيث تعتمد الجهات الرقابية على مؤشرات متعددة تشمل سلامة المرضى، والالتزام بالمعايير المهنية، وتجربة المريض، وكفاءة الأداء، مما يدفع المؤسسات الصحية إلى الاستثمار بصورة أكبر في تطوير مواردها البشرية وتحسين بيئة العمل.

ومن هذا المنطلق، أصبح الاهتمام بالصحة النفسية والمهنية للعاملين الصحيين أحد المتطلبات الأساسية لضمان استدامة جودة الخدمات الصحية، إذ إن تحقيق أهداف التحول الصحي لا يعتمد على تطوير البنية التحتية والتقنيات الطبية فقط، بل يتطلب أيضًا المحافظة على كفاءة العنصر البشري والحد من العوامل المؤدية إلى الاحتراق الوظيفي.

تعليق تحليلي

يتضح أن القطاع الصحي الخاص في المملكة يشهد نموًا متسارعًا مدعومًا بالإصلاحات الصحية الوطنية، إلا أن هذا النمو ترافق مع زيادة الضغوط المهنية على الكوادر الصحية. ومن ثم، فإن دراسة الاحتراق الوظيفي في هذا القطاع تُعد ضرورة علمية لفهم أحد أهم العوامل المؤثرة في جودة الرعاية الصحية وتحقيق مستهدفات التحول الصحي.

المطلب الثالث القطاع الصحي الخاص في مدينة جدة

تُعد مدينة جدة إحدى أهم المدن الاقتصادية والصحية في المملكة العربية السعودية، وتمثل مركزاً رئيساً لتقديم الخدمات الصحية على مستوى منطقة مكة المكرمة. ويعود ذلك إلى موقعها الجغرافي، وكثافتها السكانية، وكونها بوابة

الحرمين الشريفين، إضافة إلى استقبالها أعدادًا كبيرة من السكان والزوار والمعتمرين، الأمر الذي يفرض طلبًا متزايدًا على الخدمات الصحية بمختلف تخصصاتها.

ويتميز القطاع الصحي الخاص في جدة بانتشار المستشفيات والمجمعات الطبية المتخصصة، التي تقدم خدمات صحية متقدمة في مختلف المجالات، مثل أمراض القلب، والأورام، وطب النساء والولادة، وجراحة العظام، وطب الأطفال، وغيرها من التخصصات الدقيقة. وقد أسهم هذا التنوع في تعزيز قدرة المدينة على استيعاب الاحتياجات الصحية المتزايدة، وجعلها من أكثر المدن السعودية جذبًا للاستثمارات الصحية.

وتتنافس المؤسسات الصحية الخاصة في جدة على تقديم خدمات ذات جودة عالية، من خلال استقطاب الكفاءات الطبية، واستخدام التقنيات الحديثة، والحصول على الاعتماد الصحي، وتحسين تجربة المرضى. إلا أن هذه المنافسة تفرض في الوقت نفسه ضغوطًا كبيرة على العاملين الصحيين، تتمثل في زيادة حجم العمل، وارتفاع توقعات المرضى، والعمل بنظام المناوبات، والالتزام بالمؤشرات التشغيلية ومعايير الجودة.

كما أن طبيعة العمل داخل المستشفيات الخاصة تتطلب من الكوادر الصحية المحافظة على مستويات مرتفعة من الأداء والإنتاجية، مع تحقيق رضا المرضى وتقليل الأخطاء الطبية، وهو ما قد يؤدي إلى ارتفاع مستويات الضغط النفسي والمهني، خاصة في الأقسام ذات الكثافة التشغيلية العالية مثل أقسام الطوارئ، والعناية المركزة، وغرف العمليات.

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن بيئات العمل التي تتسم بارتفاع عبء العمل، وقلة الدعم الإداري، وعدم التوازن بين الحياة المهنية والشخصية، تُعد أكثر عرضة لانتشار الاحتراق الوظيفي بين العاملين الصحيين، الأمر الذي ينعكس بصورة مباشرة على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى (Dyrbye et al., 2022؛ West et al., 2021).

وتكتسب مدينة جدة أهمية خاصة في الدراسة الحالية؛ لأنها تضم عددًا كبيرًا من المؤسسات الصحية الخاصة ذات الأحجام والتخصصات المختلفة، مما يجعلها بيئة مناسبة لدراسة العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، واستخلاص نتائج يمكن أن تسهم في تطوير السياسات الإدارية وتحسين بيئة العمل داخل هذه المؤسسات.

تعليق تحليلي

يمثل القطاع الصحي الخاص في جدة نموذجًا يعكس التطور الذي يشهده القطاع الصحي السعودي، إلا أن اتساع حجم الخدمات والمنافسة المتزايدة يفرضان تحديات كبيرة على الكوادر الصحية. ومن ثم، فإن دراسة الاحتراق الوظيفي في هذا السياق تُعد ذات أهمية تطبيقية، لأنها تساعد في تفسير أحد العوامل المؤثرة في جودة الرعاية الصحية داخل المؤسسات الصحية الخاصة بمدينة جدة.

المطلب الرابع التحديات التي تواجه الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص

تواجه الكوادر الصحية العاملة في القطاع الصحي الخاص العديد من التحديات المهنية والتنظيمية التي تؤثر بصورة مباشرة في أدائها الوظيفي، وصحتها النفسية، وقدرتها على تقديم رعاية صحية ذات جودة عالية. وتزداد أهمية هذه

التحديات في ظل النمو المتسارع الذي يشهده القطاع الصحي الخاص، وارتفاع توقعات المرضى، وزيادة المنافسة بين المؤسسات الصحية، الأمر الذي يفرض ضغوطاً إضافية على العاملين الصحيين لتحقيق مستويات مرتفعة من الكفاءة والإنتاجية (World Health Organization, 2021).

ويُعد ضغط العمل من أبرز التحديات التي تواجه الكوادر الصحية، حيث يؤدي ارتفاع أعداد المرضى، ونقص أعداد العاملين، والعمل لساعات طويلة، والمناوبات الليلية المتكررة إلى زيادة الإجهاد الجسدي والنفسي. وقد أشارت دراسة Dyrbye et al (2022) إلى أن عبء العمل المرتفع يمثل أحد أهم العوامل المؤدية إلى الاحتراق الوظيفي، خاصة عندما يقترن بضعف الدعم التنظيمي وقلة فرص التعافي.

كما يمثل نقص الموارد البشرية تحدياً آخر، إذ يؤدي إلى زيادة المسؤوليات الملقاة على العاملين الحاليين، وارتفاع معدل إنجاز المهام خلال فترات زمنية قصيرة، مما يرفع احتمالية وقوع الأخطاء الطبية، ويؤثر في جودة الرعاية الصحية. وفي كثير من المؤسسات الصحية الخاصة، يزداد هذا التحدي نتيجة الحاجة إلى تحقيق الكفاءة التشغيلية وضبط التكاليف.

ومن التحديات أيضاً ضعف التوازن بين الحياة المهنية والحياة الشخصية، حيث تتطلب طبيعة العمل الصحي التواجد المستمر في بيئة العمل، والعمل في العطلات الرسمية ونظام المناوبات، وهو ما يحد من قدرة العاملين على ممارسة حياتهم الاجتماعية والأسرية بصورة متوازنة، ويؤدي إلى تراكم الضغوط النفسية وارتفاع احتمالية الإصابة بالاحتراق الوظيفي.

كما تواجه الكوادر الصحية ضغوطاً مرتبطة بالتطور المستمر في التقنيات الطبية، وضرورة مواكبة المستجدات العلمية، والالتزام بالمعايير المهنية ومتطلبات الاعتماد الصحي، مما يفرض عليهم مسؤوليات إضافية تتطلب التدريب المستمر وتطوير المهارات بصورة دائمة.

وتشير الأدبيات كذلك إلى أن ضعف الدعم الإداري، ومحدودية المشاركة في اتخاذ القرار، وعدم وضوح الأدوار الوظيفية، ونقص الحوافز المادية والمعنوية، تعد من العوامل التنظيمية التي تزيد من احتمالية الاحتراق الوظيفي، وتؤثر في مستوى الرضا الوظيفي والأداء المهني (West et al., 2021).

وفي ضوء هذه التحديات، أصبح من الضروري أن تتبنى المؤسسات الصحية الخاصة استراتيجيات فعالة لتحسين بيئة العمل، وتعزيز الدعم النفسي والتنظيمي للعاملين، وتوفير برامج للوقاية من الاحتراق الوظيفي، بما يساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية وتحقيق الاستدامة المؤسسية.

تعليق تحليلي

يتضح أن التحديات التي تواجه الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص لا تقتصر على الجوانب التشغيلية، بل تمتد إلى الجوانب النفسية والتنظيمية، الأمر الذي يجعل الاحتراق الوظيفي نتيجة متوقعة في حال غياب الإدارة الفعالة للموارد البشرية. ومن ثم، فإن معالجة هذه التحديات تمثل مدخلاً أساسياً لتحسين جودة الرعاية الصحية.

المطلب الخامس جهود المملكة العربية السعودية في تحسين جودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الخاص

شهد القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية خلال السنوات الأخيرة تطورات جوهرية في إطار تنفيذ رؤية السعودية 2030، التي جعلت تطوير القطاع الصحي أحد محاورها الرئيسية، بهدف بناء نظام صحي أكثر كفاءة واستدامة، يركز على الوقاية، وتحسين جودة الخدمات، وتعزيز تجربة المريض، ورفع كفاءة الإنفاق الصحي. وقد تضمن برنامج تحول القطاع الصحي مجموعة من المبادرات الهادفة إلى إعادة هيكلة النظام الصحي، وتعزيز دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية، وزيادة مساهمته في الاستثمار الصحي، مع المحافظة على جودة الخدمات وسلامة المرضى. كما ركز البرنامج على تطوير الموارد البشرية الصحية، وتحسين بيئة العمل، ورفع كفاءة الكوادر الصحية، باعتبارها العنصر الرئيس في نجاح عملية التحول الصحي.

ومن أبرز الجهود الوطنية في هذا المجال تطبيق معايير الاعتماد الصحي التي تشرف عليها Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions، والتي تهدف إلى ضمان التزام المؤسسات الصحية بمعايير الجودة وسلامة المرضى، وتحسين الأداء المؤسسي، وتعزيز ثقافة الجودة والتحسين المستمر. وقد أصبحت هذه المعايير عنصراً أساسياً في تقييم أداء المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة.

كما أولت المملكة اهتماماً كبيراً بالتحول الرقمي في القطاع الصحي، من خلال تطوير السجلات الصحية الإلكترونية، والخدمات الصحية الرقمية، والطب الاتصالي، واستخدام التقنيات الحديثة في تحسين جودة الخدمات الصحية، وتقليل الأخطاء الطبية، ورفع كفاءة العمليات التشغيلية.

وفيما يتعلق بالموارد البشرية، تضمنت برامج الإصلاح الصحي مبادرات تهدف إلى تحسين بيئة العمل، وتطوير القيادات الصحية، وتعزيز التدريب المستمر، والاهتمام بالصحة النفسية للعاملين، إدراكاً للدور الذي تؤديه هذه الجوانب في الحد من الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية.

ورغم هذه الجهود، ما زالت الحاجة قائمة إلى مزيد من الدراسات التطبيقية التي تقيس أثر الاحتراق الوظيفي على جودة الرعاية الصحية داخل مؤسسات القطاع الصحي الخاص، بما يساهم في تطوير السياسات والإجراءات الإدارية المبنية على الأدلة العلمية، وهو ما تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيقه.

تعليق تحليلي

تعكس المبادرات الوطنية اهتمام المملكة بتحسين جودة الرعاية الصحية من منظور شامل يجمع بين تطوير البنية التحتية، والتحول الرقمي، وتنمية الموارد البشرية. ومع ذلك، فإن تحقيق هذه المستهدفات يتطلب معالجة ظاهرة الاحتراق الوظيفي بوصفها أحد العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية، خاصة في القطاع الصحي الخاص.

المطلب السادس التعقيب على المبحث الرابع وربطه بالدراسة الحالية

تناول هذا المبحث واقع القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية، مع التركيز على مدينة جدة بوصفها بيئة الدراسة الحالية، واستعرض أبرز التحديات التي تواجه الكوادر الصحية، والجهود الوطنية المبذولة لتطوير جودة الرعاية الصحية في إطار مستهدفات رؤية السعودية 2030. وقد أظهر العرض أن القطاع الصحي الخاص يشهد توسعاً مستمراً، ويؤدي دوراً محورياً في دعم النظام الصحي الوطني، إلا أن هذا التوسع صاحبه ارتفاع في متطلبات العمل، وزيادة في الضغوط المهنية الواقعة على الكوادر الصحية.

كما بينت الأدبيات أن استمرار هذه الضغوط دون توفير بيئة عمل داعمة قد يؤدي إلى ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي، وهو ما ينعكس سلباً على الأداء المهني، وسلامة المرضى، وجودة الرعاية الصحية. وفي المقابل، تؤكد المبادرات الوطنية أن تحسين جودة الخدمات الصحية لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال الاهتمام بالعنصر البشري، وتوفير بيئة تنظيمية محفزة، وتعزيز برامج الدعم النفسي والمهني للعاملين.

وانطلاقاً من ذلك، تكتسب الدراسة الحالية أهميتها العلمية والتطبيقية من خلال تركيزها على تحليل أثر الاحتراق الوظيفي لدى الكوادر الصحية في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة على جودة الرعاية الصحية، بما يسهم في سد جانب من الفجوة البحثية، وتقديم نتائج يمكن أن تدعم متخذي القرار في تطوير سياسات إدارة الموارد البشرية وتحسين جودة الخدمات الصحية داخل المؤسسات الصحية الخاصة.

ويُعد هذا المبحث تمهيداً منطقيّاً للفصل الثالث، الذي يتناول منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية، موضحاً المنهج العلمي المستخدم، ومجتمع الدراسة وعينتها، وأداة جمع البيانات، والأساليب الإحصائية التي ستستخدم لاختبار فرضيات الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

مقدمة

يُعد هذا الفصل من أهم فصول الدراسة؛ إذ يوضح الإجراءات المنهجية التي اعتمدت عليها الباحثة لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها واختبار فرضياتها. ويتضمن هذا الفصل وصفًا للمنهج العلمي المستخدم، ومجتمع الدراسة، وعينة الدراسة، وأداة جمع البيانات، وإجراءات التحقق من صدق الأداة وثباتها، وآلية جمع البيانات، إضافة إلى الأساليب الإحصائية التي ستستخدم في تحليل البيانات واختبار الفرضيات.

وقد اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي؛ لملاءمته لطبيعة الدراسة التي تهدف إلى التعرف على أثر الاحتراق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في القطاع الصحي الخاص على جودة الرعاية الصحية بمدينة جدة، من خلال جمع البيانات الميدانية وتحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، بما يتيح الوصول إلى نتائج علمية يمكن الاستناد إليها في تفسير العلاقة بين متغيرات الدراسة وتقديم التوصيات المناسبة.

ويتكون هذا الفصل من ثلاثة مباحث رئيسية؛ يتناول المبحث الأول التصميم المنهجي للدراسة، ويعرض المبحث الثاني أداة الدراسة وإجراءات جمع البيانات، بينما يتناول المبحث الثالث أساليب المعالجة والتحليل الإحصائي التي ستستخدم لاختبار فرضيات الدراسة وتحقيق أهدافها.

المنهجية وطرق البحث

المبحث الأول التصميم المنهجي للدراسة

يمثل التصميم المنهجي الإطار العلمي الذي تستند إليه الدراسة في تنفيذ إجراءاتها الميدانية، إذ يحدد المنهج المستخدم، ومجتمع الدراسة، والعينة، والمتغيرات، وأسلوب قياسها، بما يضمن تحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها واختبار فرضياتها وفق أسس علمية ومنهجية دقيقة. ويُعد اختيار التصميم المنهجي المناسب من أهم مراحل البحث العلمي؛ لما له من أثر مباشر في جودة البيانات، ودقة النتائج، وإمكانية تعميمها في حدود الدراسة.

واستنادًا إلى طبيعة الدراسة الحالية، التي تهدف إلى التعرف على أثر الاحتراق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في القطاع الصحي الخاص على جودة الرعاية الصحية بمدينة جدة، فقد تم اختيار المنهج والإجراءات البحثية بما يتناسب مع طبيعة المشكلة البحثية، ويسهم في جمع البيانات وتحليلها بطريقة موضوعية، اعتمادًا على الأساليب الإحصائية المناسبة.

ويتضمن هذا المبحث ستة مطالب، تتمثل في: منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة، وعينة الدراسة، ومتغيرات الدراسة والنموذج البحثي، وفرضيات الدراسة، والتعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة.

المطلب الاول منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي التحليلي (Descriptive Analytical Method)، ويُعد من أكثر المناهج استخدامًا في الدراسات الإدارية والصحية، لملاءمته للدراسات التي تهدف إلى وصف الظواهر كما هي في الواقع، وتحليل العلاقات بين المتغيرات، وتفسيرها في ضوء الأدبيات العلمية والنظريات ذات الصلة.

ويهدف المنهج الوصفي التحليلي إلى جمع البيانات من أفراد مجتمع الدراسة باستخدام أدوات علمية مقننة، ثم تنظيمها وتحليلها إحصائيًا للوصول إلى نتائج دقيقة تساعد في تفسير الظاهرة محل الدراسة، والكشف عن طبيعة العلاقة بين متغيراتها، واختبار الفرضيات التي بُنيت عليها الدراسة.

وقد تم اختيار هذا المنهج نظرًا لملاءمته لطبيعة الدراسة الحالية، التي تسعى إلى تحليل أثر الاحتراق الوظيفي بوصفه متغيرًا مستقلًا في جودة الرعاية الصحية بوصفها متغيرًا تابعًا، من خلال استطلاع آراء الممارسين الصحيين العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.

كما يتيح هذا المنهج استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية لقياس مستوى الاحتراق الوظيفي، ومستوى جودة الرعاية الصحية، وتحليل العلاقة بينهما، واختبار دلالة الفروق والعلاقات والتأثيرات بين المتغيرات، بما يساهم في تحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها بصورة علمية دقيقة.

ويعتمد تطبيق المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة على تصميم مقطعي (Cross-sectional Design)، حيث يتم جمع البيانات من أفراد العينة خلال فترة زمنية محددة باستخدام الاستبانة الإلكترونية، ثم تحليلها باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS لاستخراج النتائج واختبار فرضيات الدراسة.

ويُعد هذا المنهج مناسبًا للدراسة الحالية؛ لأنه يتيح وصف واقع الاحتراق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة، وتحليل أثره في جودة الرعاية الصحية، دون التدخل في المتغيرات أو التأثير فيها، وهو ما يتوافق مع طبيعة الدراسات الوصفية التحليلية في البحوث الإدارية والصحية.

المطلب الثاني مجتمع الدراسة

يُقصد بمجتمع الدراسة جميع الأفراد أو الوحدات التي تنطبق عليها خصائص موضوع الدراسة، والتي يسعى الباحث إلى تعميم نتائج الدراسة عليها (Creswell & Creswell, 2023). ويُعد تحديد مجتمع الدراسة بدقة من الخطوات الأساسية في تصميم البحوث العلمية؛ إذ يساهم في اختيار العينة المناسبة، ويعزز من مصداقية النتائج وإمكانية تعميمها في حدود الدراسة.

ويتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع الممارسين الصحيين العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة، ويشمل ذلك الأطباء، وأطباء الأسنان، والصيادلة، وهيئة التمريض، والأخصائيين الصحيين، والفنيين الصحيين، وغيرهم من الممارسين الصحيين المرخص لهم بمزاولة المهنة وفق الأنظمة المعمول بها في المملكة العربية السعودية. وقد وقع اختيار الباحثة على هذا المجتمع لعدة اعتبارات علمية، من أهمها أن الممارسين الصحيين يمثلون العنصر الرئيس في تقديم الرعاية الصحية، وأن جودة الخدمات الصحية تعتمد بدرجة كبيرة على مستوى أدائهم المهني، وقدرتهم على تقديم خدمات صحية آمنة وفعالة للمستفيدين. كما أن طبيعة عملهم اليومية تجعلهم أكثر الفئات تعرضاً لضغوط العمل والاحتراق الوظيفي، نتيجة التعامل المباشر مع المرضى، والعمل بنظام المناوبات، وتحمل المسؤوليات المهنية المستمرة.

كما يمثل القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة بيئة مناسبة لتطبيق الدراسة؛ لما تشهده المدينة من توسع في الخدمات الصحية الخاصة، وتنوع المؤسسات الصحية، وارتفاع أعداد الممارسين الصحيين العاملين فيها، الأمر الذي يوفر بيئة بحثية ملائمة لدراسة العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية.

ويقتصر مجتمع الدراسة على الممارسين الصحيين العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة خلال فترة تنفيذ الدراسة، بينما لا تشمل الدراسة العاملين في المستشفيات الحكومية أو المراكز الصحية الأولية أو المنشآت الصحية الواقعة خارج مدينة جدة، وذلك تحقيقاً للتجانس بين أفراد المجتمع، بما يسهم في زيادة دقة النتائج وتقليل أثر المتغيرات الخارجية.

وبناءً على ما سبق، يُمثل مجتمع الدراسة الإطار الذي سيتم اختيار عينة الدراسة منه، بما يحقق أهداف البحث ويتيح اختبار فرضياته بصورة علمية دقيقة.

المطلب الثالث عينة الدراسة

تُعد العينة جزءاً من مجتمع الدراسة يتم اختيارها وفق أسس علمية محددة؛ بهدف تمثيل المجتمع الأصلي، بحيث يمكن الاستدلال من نتائجها على خصائص المجتمع محل الدراسة (Sekaran & Bougie, 2020). ويعتمد اختيار العينة المناسبة على طبيعة الدراسة، وأهدافها، وإمكانية الوصول إلى أفراد المجتمع، بما يضمن الحصول على بيانات دقيقة وموثوقة.

واعتمدت الدراسة الحالية على العينة المتاحة (Convenience Sampling)، وهي إحدى أساليب العينات غير الاحتمالية التي يتم فيها اختيار المشاركين الذين يسهل الوصول إليهم، ويبدون استعداداً للمشاركة في الدراسة. ويُعد هذا الأسلوب مناسباً للدراسات الميدانية التي تواجه صعوبة في الوصول إلى جميع أفراد مجتمع الدراسة، خاصة في المؤسسات الصحية التي تتطلب إجراءات تنظيمية للحصول على موافقات توزيع الاستبانات.

وقد تم اختيار عينة مكونة من (100) ممارس صحي من العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة، حيث سيتم توزيع الاستبانة الإلكترونية عليهم، واستبعاد الاستبانة غير المكتملة أو التي لا تستوفي شروط الإجابة الصحيحة، لضمان جودة البيانات المستخدمة في التحليل الإحصائي.

ويستند اختيار هذا الحجم إلى الاعتبارات التطبيقية للدراسة، وإمكانية الوصول إلى أفراد العينة، مع مراعاة أن هذا العدد يُعد مناسباً لإجراء التحليلات الإحصائية المقررة، مثل الإحصاءات الوصفية، وتحليل الارتباط، وتحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد، بما يحقق أهداف الدراسة ويتيح اختبار فرضياتها.

ولضمان تمثيل مناسب لأفراد العينة، ستسعى الباحثة إلى توزيع الاستبانة على ممارسين صحيين من تخصصات صحية مختلفة، تشمل الأطباء، وهيئة التمريض، والصيادلة، والأخصائيين، والفنيين الصحيين، بما يساهم في تنوع البيانات ويزيد من قدرتها على تفسير العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية.

كما اشترطت الباحثة أن يكون المشاركون من الممارسين الصحيين العاملين فعلياً في أحد المستشفيات الخاصة بمدينة جدة، وأن تكون لديه خبرة عملية تمكنه من تقييم بيئة العمل ومستوى الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، بما يضمن الحصول على استجابات واقعية تعكس طبيعة الظاهرة محل الدراسة.

وبذلك تمثل العينة المصدر الرئيس للبيانات الأولية في هذه الدراسة، والتي سيتم تحليلها باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS للوصول إلى النتائج المتعلقة باختبار فرضيات الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها.

المطلب الرابع متغيرات الدراسة

تقوم الدراسة الحالية على تحليل العلاقة بين متغيرين رئيسيين، هما: الاحتراق الوظيفي بوصفه المتغير المستقل، وجودة الرعاية الصحية بوصفها المتغير التابع، وذلك بهدف التعرف إلى طبيعة أثر الاحتراق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة في مستوى جودة الرعاية الصحية.

أولاً: المتغير المستقل (Independent Variable)

يتمثل المتغير المستقل في الاحتراق الوظيفي، ويُقصد به الحالة النفسية التي تنتج عن التعرض المستمر لضغوط العمل، والتي تؤثر في قدرة الممارس الصحي على أداء مهامه بكفاءة. واعتمدت الدراسة على الأبعاد الثلاثة التي قدمها مقياس (Maslach Burnout Inventory (MBI، وهي:

* الإجهاد العاطفي (Emotional Exhaustion).

* تبلد المشاعر (Depersonalization).

* انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي (Reduced Personal Accomplishment).

ثانياً: المتغير التابع (Dependent Variable)

يتمثل المتغير التابع في جودة الرعاية الصحية، ويُقصد بها مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين بما يحقق السلامة والفعالية والكفاءة والاستجابة لاحتياجات المرضى وفق المعايير المهنية المعتمدة.

واعتمدت الدراسة على خمسة أبعاد رئيسة لقياس جودة الرعاية الصحية، وهي:

* سلامة المرضى.

* فعالية الرعاية الصحية.

* رضا المرضى.

* الاستجابة لاحتياجات المرضى.

* الالتزام بالمعايير المهنية.

ويُعد هذا المتغيرات الأساس الذي سيتم الاعتماد عليه في اختبار فرضيات الدراسة باستخدام برنامج SPSS.

المطلب الخامس فرضيات الدراسة

استناداً إلى مشكلة الدراسة، وأهدافها، وتساؤلاتها، والإطار النظري، والدراسات السابقة، صيغت فرضيات الدراسة على النحو الآتي:

الفرضية الرئيسية

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للاحتراق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة على جودة الرعاية الصحية.

ويتفرع عنها الفرضيات الفرعية الآتية:

الفرضية الفرعية الأولى

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإجهاد العاطفي في جودة الرعاية الصحية لدى الممارسين الصحيين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.

الفرضية الفرعية الثانية

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتباعد المشاعر في جودة الرعاية الصحية لدى الممارسين الصحيين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.

الفرضية الفرعية الثالثة

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي في جودة الرعاية الصحية لدى الممارسين الصحيين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.

وسيتم اختبار هذه الفرضيات باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة، وفي مقدمتها تحليل الانحدار الخطي، وتحليل الارتباط، وذلك للتحقق من وجود العلاقة بين متغيرات الدراسة واتجاهها وقوتها.

المطلب السادس التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة

يقصد بالتعريف الإجرائي الوصف التطبيقي للمتغيرات كما سُنُقاس في الدراسة الحالية، بما يحدد آلية قياسها وتحويلها إلى مؤشرات كمية قابلة للتحليل الإحصائي.

أولاً: الاحتراق الوظيفي

يقصد بالاحتراق الوظيفي في هذه الدراسة الدرجة التي يحصل عليها المشاركون عند إجابته عن فقرات الاستبانة المتعلقة بالإجهاد العاطفي، وتبلد المشاعر، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي، والمبنية على مقياس Maslach Burnout Inventory (MBI) بعد تكييفه ليتناسب مع بيئة الدراسة. وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستوى الاحتراق الوظيفي لدى الممارس الصحي.

ثانياً: جودة الرعاية الصحية

يقصد بجودة الرعاية الصحية الدرجة التي يحصل عليها المشاركون عند إجابته عن فقرات الاستبانة المتعلقة بسلامة المرضى، وفعالية الرعاية الصحية، ورضا المرضى، والاستجابة لاحتياجات المرضى، والالتزام بالمعايير المهنية، باستخدام مقياس ليكرت الخماسي. وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستوى جودة الرعاية الصحية المدركة من قبل الممارسين الصحيين.

ثالثاً: الممارسون الصحيون

يقصد بالممارسين الصحيين في هذه الدراسة جميع العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة ممن يزاولون المهن الصحية بصورة نظامية، ويشمل ذلك الأطباء، وأطباء الأسنان، والصيادلة، وهيئة التمريض، والأخصائيين، والفنيين الصحيين، ممن تنطبق عليهم شروط المشاركة في الدراسة.

رابعاً: المستشفيات الخاصة بمدينة جدة

يقصد بها جميع المستشفيات التابعة للقطاع الصحي الخاص والمرخصة نظاماً لممارسة النشاط الصحي داخل مدينة جدة، والتي تشكل الإطار المكاني الذي أجريت فيه الدراسة الحالية.

وتُعد هذه التعريفات الإجرائية الأساس الذي استندت إليها في تصميم الاستبانة، وجمع البيانات، وتحليلها إحصائيًا، بما يضمن اتساق الجوانب النظرية مع التطبيق الميداني.

المبحث الثاني أداة الدراسة وإجراءاتها

يُعد اختيار أداة جمع البيانات من الخطوات الأساسية في تصميم الدراسات العلمية؛ إذ تعتمد دقة النتائج إلى حد كبير على مدى ملائمة الأداة لموضوع الدراسة، وقدرتها على قياس المتغيرات المستهدفة بدرجة عالية من الصدق والثبات. ولما كانت الدراسة الحالية تهدف إلى التعرف على أثر الاحتراق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة على جودة الرعاية الصحية، فقد اعتمدت الباحثة على الاستبانة الإلكترونية بوصفها الأداة الرئيسة لجمع البيانات؛ نظرًا لملائمتها لطبيعة الدراسة، وسهولة توزيعها على أفراد العينة، وإمكانية جمع عدد مناسب من الاستجابات خلال فترة زمنية محددة.

ويتناول هذا المبحث وصف أداة الدراسة، وآلية بنائها، ومصادر فقراتها، وإجراءات التحقق من صدقها وثباتها، إضافة إلى توضيح إجراءات جمع البيانات والاعتبارات الأخلاقية التي التزمت بها الباحثة أثناء تنفيذ الدراسة.

المطلب الأول أداة الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على الاستبانة الإلكترونية (Electronic Questionnaire) باعتبارها الأداة الرئيسة لجمع البيانات من أفراد عينة الدراسة، وذلك لملائمتها لطبيعة الدراسة الوصفية التحليلية، وقدرتها على جمع البيانات من عدد كبير من الممارسين الصحيين في وقت قصير، إلى جانب سهولة توزيعها واسترجاعها، وتقليل التكلفة والجهد مقارنة بأساليب جمع البيانات الأخرى.

وقد صُممت الاستبانة في ضوء الأدبيات العلمية، والدراسات السابقة، والمقاييس العالمية المستخدمة في قياس الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، مع إجراء التعديلات اللازمة بما يتناسب مع أهداف الدراسة وبيئة القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة.

وتتكون الاستبانة من ثلاثة أقسام رئيسة، وذلك على النحو الآتي:

القسم الأول: البيانات الديموغرافية

يهدف هذا القسم إلى التعرف على الخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد العينة، وتشمل:

* الجنس.

* العمر.

* المؤهل العلمي.

* المسمى الوظيفي.

* سنوات الخبرة.

* القسم أو التخصص.

* عدد ساعات العمل الأسبوعية.

وتُستخدم هذه البيانات في وصف خصائص أفراد العينة، ودراسة الفروق بين استجاباتهم وفقًا للمتغيرات الديموغرافية عند الحاجة.

القسم الثاني: الاحتراق الوظيفي

يقيس هذا القسم مستوى الاحتراق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين، وقد بُني بالاعتماد على مقياس Maslach Burnout Inventory الذي يُعد أكثر المقاييس استخدامًا في الدراسات المتعلقة بالاحتراق الوظيفي (Maslach & Jackson, 1981؛ Maslach et al., 2018).

ويتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية:

* الإجهاد العاطفي.

* تبدل المشاعر.

* انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي.

القسم الثالث: جودة الرعاية الصحية

يقيس هذا القسم مستوى جودة الرعاية الصحية كما يدركها الممارسون الصحيون، وقد تم إعداد فقراته بالاستناد إلى الأدبيات الحديثة والدراسات السابقة المتعلقة بجودة الرعاية الصحية، إضافة إلى المعايير الصادرة عن World Health Organization و Saudi Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions.

ويتضمن هذا القسم خمسة أبعاد رئيسية:

* سلامة المرضى.

* فعالية الرعاية الصحية.

* رضا المرضى.

* الاستجابة لاحتياجات المرضى.

* الالتزام بالمعايير المهنية.

واعتمدت مقياس ليكرت الخماسي (Five-point Likert Scale) لقياس استجابات أفراد العينة، حيث تتدرج الإجابات من:

1. أعارض بشدة.

2. أعارض.

3. محايد.

4. أو أفق.

5. أو أفق بشدة.

ويُعد مقياس ليكرت الخماسي من أكثر المقاييس استخدامًا في الدراسات الاجتماعية والإدارية والصحية، نظرًا لسهولة استخدامه، وقدرته على قياس اتجاهات الباحثين بدرجة مناسبة من الدقة.

المطلب الثاني بناء الاستبانة ومصادرها

جرى إعداد الاستبانة الحالية وفق منهجية علمية منظمة؛ لضمان اتساقها مع أهداف الدراسة ومتغيراتها، وقياسها للمفاهيم البحثية بصورة دقيقة. ومرت عملية بناء الاستبانة بعدة مراحل متتابعة، بدأت بمراجعة الأدبيات العلمية والنظريات ذات الصلة بموضوع الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، ثم تحليل الدراسات السابقة المنشورة في المجالات العلمية المحكمة، واستخلاص أهم الأبعاد والمؤشرات المستخدمة في قياس متغيرات الدراسة.

واستندت في إعداد محور الاحتراق الوظيفي إلى مقياس (Maslach Burnout Inventory (MBI، الذي يُعد المرجع العلمي الأكثر استخدامًا في قياس الاحتراق الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي. ويقاس هذا المقياس بثلاثة أبعاد أساسية هي: الإجهاد العاطفي، وتبلد المشاعر، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي، وقد أثبتت العديد من الدراسات تمتعه بدرجات مرتفعة من الصدق والثبات في بيئات صحية مختلفة.

أما محور جودة الرعاية الصحية، فقد بُني بالاعتماد على الأدبيات العلمية الحديثة، ومعايير جودة الرعاية الصحية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، ومعايير الاعتماد الصحي السعودية (CBAHI)، إلى جانب عدد من الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، مثل دراسات Jun et al (2021)، و Quigley et al (2024)، و Li and Yang (2024).

وروعي عند إعداد فقرات الاستبانة أن تكون واضحة، ومباشرة، وخالية من الغموض أو التكرار، وأن تتناسب مع طبيعة عمل الممارسين الصحيين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة، مع الحفاظ على التسلسل المنطقي للفقرات، بما يساهم في تسهيل عملية الإجابة، وتقليل احتمالية التحيز أو سوء الفهم.

كما صيغت جميع الفقرات بصياغة علمية تتوافق مع أهداف الدراسة، وعُرضت في صورتها الأولية على مجموعة من المتخصصين في الإدارة الصحية ومناهج البحث والإحصاء؛ للاستفادة من آرائهم في تحسين الصياغة، والتأكد من ملاءمة الفقرات لقياس المتغيرات المستهدفة، قبل إخضاعها لاختبارات الصدق والثبات.

المطلب الثالث (Validity) صدق أداة الدراسة

يُعد الصدق من أهم الخصائص العلمية لأدوات القياس، إذ يعكس مدى قدرة الأداة على قياس الظاهرة التي أُعدت لقياسها، ومدى تمثيل فقراتها لمتغيرات الدراسة بصورة دقيقة (Creswell & e)

ولذلك حرصت الباحثة على التحقق مينة اي (Da e)

الاستبانة باستخدام أكثر من أسلوب، لضمان سلامة القياس قبل تطبيقها على أفراد عينة الدراسة.

(Face Validity) أولاً: الصدق الظاهري

تم التحقق من الصدق الظاهري من خلال عرض الاستبانة في صورتها الأولية على عدد من المحكمين المتخصصين في الإدارة الصحية، وإدارة الخدمات الصحية، ومناهج البحث العلمي، والإحصاء، وذلك بهدف إبداء آرائهم حول:

* مدى وضوح صياغة الفقرات.

* مدى ارتباط الفقرات بأبعاد الدراسة.

* سلامة اللغة والأسلوب.

* مناسبة ترتيب الفقرات.

* مدى شمول الاستبانة لجميع متغيرات الدراسة.

وفي ضوء ملاحظات المحكمين، أُجريت التعديلات اللازمة على بعض الفقرات من حيث الصياغة والترتيب، حتى أصبحت الاستبانة في صورتها النهائية أكثر ملاءمة لتحقيق أهداف الدراسة.

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي (Internal

Consistency Validity)

بعد الانتهاء من الدراسة الاستطلاعية، سيتم التحقق من صدق الاتساق الداخلي من خلال حساب معاملات ارتباط بيرسون

Pearson Correlation Coefficient بين كل فقرة والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتهي إليه، وكذلك بين كل بُعد والدرجة الكلية للمحور.

ويُعد معامل الارتباط دالاً إذا كان موجباً وذو دلالة إحصائية عند مستوى $(a \leq 0.05)$ ، مما يدل على أن الفقرة تقيس البعد الذي تنتهي إليه بصورة صحيحة.

وسيتّم إجراء هذه التحليلات باستخدام برنامج SPSS، وستُعرض نتائجها في الفصل الرابع ضمن الجداول الإحصائية الخاصة بصدق أداة الدراسة.

المطلب الرابع (Reliability) ثبات أداة الدراسة

بشير ثبات أداة الدراسة إلى درجة اتساق نتائج القياس عند إعادة تطبيق الأداة في ظروف متشابهة، ويُعد من أهم المؤشرات التي تدل على جودة أداة القياس واعتماديتها في البحوث العلمية (Sekaran

Bougie, 2020 &)

وللتحقق من ثبات الاستبانة، ستستخدم الباحثة معامل ألفا كرونباخ والذي يعد أكثر الأساليب الإحصائية

استخدامًا لقياس الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة، وذلك باستخدام برنامج SPSS

وسيتم حساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد الدراسة على حدة، ثم لكل محور، وأخيرًا للاستبانة ككل، وذلك للتأكد من وجود مستوى مرتفع من الاتساق الداخلي بين الفقرات.

وقد أشارت الأدبيات الإحصائية إلى أن قيم معامل ألفا كرونباخ يمكن تفسيرها وفق الآتي:

قيمة ألفا كرونباخ	مستوى الثبات
أقل من 0.60	ضعيف
0.60 – 0.69	مقبول
0.70-0.79	جيد
0.80-0.89	جيد جدًا
0.90 فأكثر	ممتاز

وتُعد الأداة صالحة للتطبيق إذا بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ

0.70 فأكثر، وهو الحد الأدنى المقبول في معظم الدراسات العلمية.

وسيتم عرض نتائج معاملات الثبات في الفصل الرابع بعد جمع البيانات وتحليلها، مع مناقشة مدى كفاية معاملات الثبات لكل محور من محاور الدراسة.

المبحث الثالث أساليب تحليل البيانات والمعالجة الإحصائية

تُعد مرحلة تحليل البيانات من أهم مراحل البحث العلمي، إذ تُحوّل البيانات الخام التي يتم جمعها من أفراد عينة الدراسة إلى معلومات يمكن تفسيرها والاستفادة منها في الإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار فرضياتها. وتعتمد دقة النتائج إلى حد كبير على اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات ومستوى القياس وأهداف الدراسة.

ونظرًا لأن الدراسة الحالية تعتمد على المنهج الوصفي التحليلي، فقد استخدمت الباحثة مجموعة من الأساليب

الإحصائية الوصفية والاستدلالية، وذلك من خلال برنامج IBM SPSS Statistics، الذي يُعد من أكثر البرامج

استخدامًا في الدراسات الاجتماعية والإدارية والصحية، لما يتميز به من قدرة على تحليل البيانات واستخراج النتائج بدقة وكفاءة.

ويتناول هذا المبحث البرامج الإحصائية المستخدمة، والأساليب الوصفية والاستدلالية التي ستستخدم لتحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة.

المطلب الأول البرنامج الإحصائي المستخدم

اعتمدت الباحثة في تحليل بيانات الدراسة على برنامج IBM SPSS Statistics، نظرًا لما يتمتع به من إمكانيات متقدمة في إدارة البيانات وتحليلها، واستخراج المؤشرات الإحصائية المختلفة، وإجراء الاختبارات المناسبة لطبيعة الدراسات الوصفية والتحليلية.

ويتميز البرنامج بسهولة إدخال البيانات، وإمكانية إجراء التحليلات الإحصائية الوصفية والاستدلالية، وإنتاج الجداول والنتائج الإحصائية التي تساعد في تفسير العلاقات بين متغيرات الدراسة، واختبار الفرضيات بدرجة عالية من الدقة.

وقد استخدم البرنامج في هذه الدراسة لحساب معاملات الصدق والثبات، واستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتحليل الارتباط والانحدار، واختبار الفرضيات، بما يتوافق مع أهداف الدراسة وتساؤلاتها.

المطلب الثاني الأساليب الإحصائية الوصفية

استخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية الوصفية؛ بهدف وصف خصائص أفراد عينة الدراسة، وتحديد مستوى استجاباتهم على فقرات الاستبانة، وتمثلت هذه الأساليب فيما يأتي:

أولاً: التكرارات والنسب المئوية

استُخدمت لوصف الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة، مثل الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، والمسمى الوظيفي، وسنوات الخبرة، والتخصص، وساعات العمل الأسبوعية.

ثانياً: المتوسط الحسابي (Mean)

استخدم المتوسط الحسابي لتحديد مستوى استجابات أفراد العينة على فقرات ومجاور الاستبانة، والتعرف على مستوى الاحتراق الوظيفي ومستوى جودة الرعاية الصحية.

ثالثاً: الانحراف المعياري (Standard Deviation)

استخدم الانحراف المعياري لقياس درجة تشتت استجابات أفراد العينة حول المتوسط الحسابي، مما يساعد في التعرف على مدى تجانس الإجابات.

رابعاً: الأوزان النسبية

استُخدمت الأوزان النسبية لترتيب أبعاد الدراسة وفقًا لأهمية كل بعد من وجهة نظر أفراد العينة.

كما اعتمدت في تفسير المتوسطات الحسابية على مقياس ليكرت الخماسي، وفق التصنيف الآتي:

المتوسط الحسابي	مستوى الموافقة
1.80-1.00	منخفض جدا
2.60-1.81	منخفض
3.40-2.61	متوسط
4.20-3.41	مرتفع
5.00-4.21	مرتفع جدا

ويُستخدم هذا التصنيف لتفسير نتائج الدراسة بصورة موضوعية، وتحديد مستوى كل متغير من متغيرات الدراسة.

المطلب الثالث الأساليب الإحصائية الاستدلالية واختبار فرضيات الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على مجموعة من الأساليب الإحصائية الاستدلالية؛ بهدف اختبار فرضيات الدراسة، والكشف عن طبيعة العلاقة بين متغيراتها، وذلك على النحو الآتي:

أولاً: معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)

استُخدم معامل ارتباط بيرسون للتعرف على اتجاه العلاقة وقوتها بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، وكذلك للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة.

ثانياً: معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)

استخدم لقياس الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة، والتحقق من مستوى ثبات أداة الدراسة قبل تطبيقها على العينة الأساسية.

ثالثاً: تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression)

استخدم لاختبار الفرضية الرئيسة للدراسة، والتعرف على أثر الاحتراق الوظيفي في جودة الرعاية الصحية.

رابعاً: تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Linear Regression)

استُخدم لتحليل أثر كل بعد من أبعاد الاحتراق الوظيفي (الإجهاد العاطفي، وتبلد المشاعر، وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي) في جودة الرعاية الصحية، وتحديد أكثر الأبعاد تأثيراً.

واعتمدت مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq 0.05$) للحكم على قبول الفرضيات أو رفضها، وهو المستوى الأكثر استخداماً في البحوث العلمية

المطلب الرابع معايير تفسير النتائج الإحصائية

اعتمدت مجموعة من المعايير الإحصائية المتعارف عليها عند تفسير نتائج الدراسة، وذلك لضمان الموضوعية والدقة في استخلاص النتائج.

وتتمثل هذه المعايير فيما يأتي:

* قبول الفرضية البديلة ورفض الفرضية الصفرية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية (Sig.) أقل من أو تساوي (0.05).

* رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية إذا كانت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية أكبر من (0.05).

* تفسير قوة العلاقة بين المتغيرات بالاعتماد على قيمة معامل الارتباط، بحيث تشير القيم القريبة من الصفر إلى علاقة ضعيفة، بينما تشير القيم القريبة من الواحد الصحيح إلى علاقة قوية.

* تفسير معامل التحديد (R^2) بوصفه نسبة التباين في المتغير التابع التي يمكن تفسيرها بواسطة المتغير المستقل.

وتساعد هذه المعايير في الوصول إلى استنتاجات علمية دقيقة، وتفسير النتائج بصورة تتفق مع أهداف الدراسة وفرضيات.

المطلب الخامس حدود الدراسة

تتمثل حدود الدراسة فيما يأتي:

الحدود الموضوعية: تقتصر الدراسة على تحليل أثر الاحتراق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في جودة الرعاية الصحية.

الحدود البشرية: تقتصر على الممارسين الصحيين العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.

الحدود المكانية: المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.

الحدود الزمنية: سيتم تنفيذ الدراسة خلال 2026.2027

المطلب السادس خلاصة الفصل

تناول هذا الفصل المنهجية العلمية التي استندت إليها الدراسة، بدءًا بتحديد المنهج البحثي المناسب، ووصف مجتمع الدراسة وعينتها، وبيان أداة جمع البيانات وإجراءات إعدادها والتحقق من صدقها وثباتها، مرورًا بإجراءات جمع البيانات والاعتبارات الأخلاقية، وانتهاءً بتوضيح الأساليب الإحصائية التي ستستخدم لتحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة باستخدام برنامج IBM SPSS Statistics.

وتُعد هذه الإجراءات المنهجية أساسًا علميًا للدراسة الحالية، إذ تضمن جمع البيانات وتحليلها بطريقة منهجية تسهم في الوصول إلى نتائج موثوقة يمكن الاستناد إليها عند مناقشة أثر الاحتراق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في جودة الرعاية الصحية بالمستشفيات الخاصة بمدينة جدة، وهو ما سيمثل محور الفصل الرابع الخاص بعرض نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها.

الفصل الرابع

عرض النتائج وتحليلها

مقدمة

يتناول هذا الفصل عرض نتائج الدراسة الميدانية التي تم التوصل إليها بعد جمع البيانات من أفراد عينة الدراسة وتحليلها باستخدام برنامج IBM SPSS Statistics. وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الاحتراق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في القطاع الصحي الخاص بمدينة جدة في جودة الرعاية الصحية.

ولتحقيق ذلك، جرى تحليل البيانات وفقاً للأساليب الإحصائية الموضحة في الفصل الثالث، حيث يبدأ الفصل بوصف خصائص أفراد العينة، ثم عرض نتائج اختبار صدق وثبات أداة الدراسة، يلي ذلك التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة، وأخيراً اختبار فرضيات الدراسة وتفسير النتائج.

المبحث الأول وصف خصائص أفراد عينة الدراسة

يهدف هذا المبحث إلى وصف الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة، وذلك من خلال عرض التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الشخصية والوظيفية، والتي تشمل: الجنس، والعمر، والمؤهل العلمي، والمهنة، وسنوات الخبرة، وعدد ساعات العمل الأسبوعية.

المطلب الأول توزيع أفراد العينة حسب الجنس

يبين الجدول (1-4) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	45	45%
أنثى	55	55%
الاجمالي	100	100%

يتضح من نتائج الجدول (1-4) أن عدد الإناث بلغ (55) مشاركة بنسبة (55.0%)، في حين بلغ عدد الذكور (45) مشاركاً بنسبة (45.0%). وتشير هذه النتائج إلى وجود تقارب نسبي بين الجنسين، مع ارتفاع طفيف في نسبة الإناث، الأمر الذي يعكس تمثيلاً مناسباً لأفراد العينة ويعزز من إمكانية الاستفادة من آرائهم في تحقيق أهداف الدراسة.

المطلب الثاني توزيع أفراد العينة حسب العمر

يبين الجدول (2-4) توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية.

العمر	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 30 سنة	45	45%
30-39 سنة	35	35%
40-49 سنة	13	13%

50 سنة فأكثر	7	7%
الإجمالي	100	100%

توضح النتائج أن الفئة العمرية الأقل من (30) سنة تمثل النسبة الأكبر من أفراد العينة، حيث بلغ عددها (45) مشاركاً بنسبة (45.0%)، تلتها الفئة العمرية (30-39 سنة) بعدد (35) مشاركاً بنسبة (35.0%). أما الفئة العمرية (40-49 سنة) فقد بلغت (13.0%)، في حين جاءت الفئة العمرية (50 سنة فأكثر) في المرتبة الأخيرة بنسبة (7.0%). ويشير ذلك إلى أن غالبية المشاركين من الفئات العمرية الشابة، وهو ما يتوافق مع طبيعة القوى العاملة في القطاع الصحي.

المطلب الثالث توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

يبين الجدول (3-4) توزيع أفراد العينة وفقاً للمؤهل العلمي.

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية
دبلوم	13	13%
بكالوريوس	47	47%
ماجستير	28	28%
دكتوراه	12	12%
الإجمالي	100	100%

تشير النتائج إلى أن حملة درجة البكالوريوس يمثلون النسبة الأكبر من أفراد العينة، حيث بلغ عددهم (47) مشاركاً بنسبة (47.0%)، يليهم حملة الماجستير بنسبة (28.0%)، ثم حملة الدبلوم بنسبة (13.0%)، وأخيراً حملة الدكتوراه بنسبة (12.0%). ويعكس ذلك أن غالبية أفراد العينة يمتلكون مؤهلات جامعية، وهو ما يعزز موثوقية الاستجابات المتعلقة بمتغيرات الدراسة.

المطلب الرابع توزيع أفراد العينة حسب المهنة

يبين الجدول (4-4) توزيع أفراد العينة حسب المهنة.

المهنة	التكرار	النسبة المئوية
طبيب/ة	28	28%
ممرض/ة	15	15%
صيدلي	2	2%
أخصائي/ة	15	15%
فني	6	6%
أخرى	34	34%

الاجمالي	100	100%
----------	-----	------

توضح النتائج أن فئة "أخرى" جاءت في المرتبة الأولى بنسبة (34.0%)، تليها فئة الأطباء بنسبة (28.0%)، ثم الأخصائيون والممرضون بنسبة (15.0%) لكل منهما، بينما شكل الفنيون (6.0%)، والصيادلة (2.0%). ويشير هذا التنوع إلى أن العينة تضم تخصصات صحية متعددة، وهو ما يتناسب مع طبيعة مجتمع الدراسة.

المطلب الخامس

يبين الجدول (4-5) توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	49	49%
5-10 سنوات	28	28%
11-15 سنة	14	14%
أكثر من 15 سنة	9	9%
الاجمالي	100	100%

تشير النتائج إلى أن ما يقارب نصف أفراد العينة (49.0%) لديهم خبرة تقل عن خمس سنوات، بينما بلغت نسبة ذوي الخبرة من (5-10) سنوات (28.0%)، في حين بلغت نسبة ذوي الخبرة (11-15) سنة (14.0%)، وأخيراً ذوي الخبرة التي تزيد على (15) سنة بنسبة (9.0%). ويعكس ذلك أن غالبية المشاركين من أصحاب الخبرة المهنية الحديثة نسبياً.

المطلب السادس

يبين الجدول (4-6) توزيع أفراد العينة حسب عدد ساعات العمل الأسبوعية

عدد ساعات العمل	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 40 ساعة	33	33%
من 40 إلى 48 ساعة	47	47%
أكثر من 48 ساعة	20	20%
الاجمالي	100	100%

يتبين من النتائج أن غالبية أفراد العينة يعملون من (40 إلى 48) ساعة أسبوعياً بنسبة (47.0%)، يليهم العاملون أقل من (40) ساعة بنسبة (33.0%)، ثم العاملون أكثر من (48) ساعة أسبوعياً بنسبة (20.0%). وتشير هذه النتائج إلى أن معظم أفراد العينة يعملون ضمن المعدلات الأسبوعية المعتادة في القطاع الصحي، مع وجود نسبة ملحوظة تعمل لساعات أطول، وهو ما قد يرتبط بمستويات الاحتراق الوظيفي.

المبحث الثاني اختبار صدق وثبات أداة الدراسة

يهدف هذا المبحث إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة؛ وذلك للتأكد من مدى صلاحيتها لقياس متغيرات الدراسة وتحقيق أهدافها. ويُعد التحقق من صدق وثبات أداة القياس من المتطلبات الأساسية في البحوث العلمية؛ إذ يساهم في تعزيز موثوقية النتائج وإمكانية الاعتماد عليها عند اختبار فرضيات الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها.

ولتحقيق ذلك، تم الاعتماد على أسلوبين إحصائيين، هما: صدق الاتساق الداخلي باستخدام معامل ارتباط بيرسون، وثبات أداة الدراسة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، وذلك من خلال برنامج IBM SPSS Statistics.

المطلب الأول صدق الاتساق الداخلي

للتحقق من صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة، تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وذلك بهدف التأكد من مدى اتساق الفقرات مع الأبعاد التي تقيسها. ويُعد معامل الارتباط دالاً على جودة الاتساق الداخلي عندما تكون قيمته موجبة وذات دلالة إحصائية، مما يشير إلى أن الفقرة ترتبط ارتباطاً مناسباً بالمحور الذي تنتمي إليه، وتساهم في قياس المتغير المستهدف بصورة صحيحة. وأظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن معاملات الارتباط بين جميع الفقرات والدرجة الكلية لمحاورها جاءت موجبة وضمن الحدود المقبولة إحصائياً، الأمر الذي يدل على تمتع أداة الدراسة بدرجة جيدة من الصدق الداخلي، ويؤكد صلاحيتها للتطبيق على أفراد العينة الأساسية.

المطلب الثاني ثبات أداة الدراسة

للتحقق من ثبات أداة الدراسة، استخدمت الباحثة معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha)، باعتباره من أكثر المؤشرات الإحصائية استخداماً في قياس الاتساق الداخلي لفقرات الاستبانة، حيث يوضح مدى تجانس الفقرات في قياسها للمفهوم نفسه.

وقد تم حساب معامل ألفا كرونباخ لكل محور من محاور الدراسة، إضافة إلى معامل الثبات الكلي للاستبانة، كما هو موضح في الجدول (7-4).

جدول (7-4) معاملات ألفا كرونباخ لمحااور الدراسة

المحور	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	مستوى الثبات
الاحتراق الوظيفي	11	0.949	ممتاز
جودة الرعاية الصحية	11	0.960	ممتاز

الاستبانة ككل	22	0.924	ممتاز
---------------	----	-------	-------

يتضح من نتائج الجدول (4-7) أن معامل ألفا كرونباخ لمحور الاحتراق الوظيفي بلغ (0.949)، في حين بلغ محور جودة الرعاية الصحية (0.960)، كما بلغ معامل ألفا كرونباخ للاستبانة ككل (0.924). وتشير هذه القيم إلى ارتفاع مستوى الاتساق الداخلي لفقرات الأداة، حيث تجاوزت جميعها الحد الأدنى المقبول في البحوث العلمية (0.70)، مما يدل على تمتع الاستبانة بدرجة عالية من الثبات، ويؤكد صلاحيتها للاستخدام في جمع بيانات الدراسة وتحقيق أهدافها. وبناءً على نتائج الصدق والثبات، يمكن الاعتماد على أداة الدراسة في قياس متغيري الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية، والانتقال إلى مرحلة التحليل الإحصائي واختبار فرضيات الدراسة بثقة في دقة النتائج المستخلصة.

المبحث الثالث التحليل الوصفي لمتغيرات الدراسة

يهدف هذا المبحث إلى التعرف على مستوى استجابات أفراد عينة الدراسة تجاه متغيرات الدراسة، وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وترتيب الفقرات وفقاً لدرجة الموافقة، تمهيداً لاختبار فرضيات الدراسة.

وقد اعتمدت الباحثة في تفسير المتوسطات الحسابية على مقياس ليكرت الخماسي وفق التصنيف الآتي

المتوسط الحسابي	مستوى الموافقة
1.00-1.80	منخفض جداً
1.81-2.60	منخفض
2.61-3.40	متوسط
3.41-4.20	مرتفع
4.21-5.00	مرتفع جداً

المطلب الأول التحليل الوصفي لمحور الاحتراق الوظيفي

يبين الجدول (4-8) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات محور الاحتراق الوظيفي

الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة
اشعر بأن عملي أصبح روتينياً.	3.65	1.19	مرتفع
اشعر بأن ساعات العمل تستنزف طاقتي.	3.56	1.23	مرتفع
اشعر بالإرهاق نتيجة ضغوط العمل.	3.55	1.22	مرتفع

اشعر بصعوبة الاستمرار بنفس الحماس في العمل	3.38	1.25	متوسط
اشعر بان عبء العمل يفوق قدرتي	3.23	1.21	متوسط
اتعامل مع بعض المرضى بصورة الية.	3.11	1.26	متوسط
اشعر اقل تعاطفاً أثناء العمل	2.98	1.21	متوسط
اشعر ان عملي لم يعد يمنحني الشعور بالنجاح	2.98	1.31	متوسط
اشعر بالاجهاد عند بداية يوم العمل	2.95	1.31	متوسط
اشعر بان جهودي لاتحقق نتائج مرضية	2.91	1.30	متوسط
أصبحت اقل تفاعلا مع المرضى	2.84	1.28	متوسط

تشير النتائج إلى أن أعلى متوسط حسابي كان للفقرة "أشعر بأن عملي أصبح روتينياً" بمتوسط (3.65)، مما يدل على ارتفاع شعور عدد من أفراد العينة بأن العمل أصبح يتسم بالتكرار والروتين. كما جاءت فقرتنا "أشعر بأن ساعات العمل تستنزف طاقتي" و"أشعر بالإرهاق نتيجة ضغوط العمل" بدرجات مرتفعة، وهو ما يعكس وجود ضغوط مهنية ملموسة بين الممارسين الصحيين.

في المقابل، جاءت بقية الفقرات ضمن مستوى متوسط، وكان أقلها الفقرة "أصبحت أقل تفاعلاً مع المرضى" بمتوسط (2.84)، مما يشير إلى أن انخفاض التفاعل مع المرضى لا يزال عند مستوى متوسط مقارنة ببقية مظاهر الاحتراق الوظيفي.

وبصفة عامة، تعكس النتائج أن أفراد العينة يعانون من مستوى يتراوح بين المتوسط والمترفع من الاحتراق الوظيفي، وهو ما يتفق مع طبيعة العمل في القطاع الصحي وما يتسم به من ضغوط ومسؤوليات مهنية.

المطلب الثاني التحليل الوصفي لمحور جودة الرعاية الصحية

يبين الجدول (4-9) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات محور جودة الرعاية الصحية

الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة
يتم الالتزام بإجراءات سلامة المرضى.	4.40	0.74	مرتفع جداً

يتم تطبيق تعليمات السلامة باستمرار.	4.25	0.89	مرتفع جداً
يحصل المرضى على الرعاية المناسبة.	4.21	0.84	مرتفع جداً
يتم تقليل الأخطاء الطبية قدر الإمكان.	4.19	0.88	مرتفع
تحرص المؤسسة على تحسين جودة الخدمات باستمرار.	4.17	0.91	مرتفع
تحرص المؤسسة على تحسين رضا المرضى.	4.14	0.84	مرتفع
يبدى المرضى رضاهم عن الخدمات .	4.12	0.82	مرتفع
تقدم الخدمات الصحية بكفاءة.	4.10	0.98	مرتفع
يتم إنجاز الخدمات الصحية في الوقت المناسب.	4.06	0.94	مرتفع
تتم الاستجابة السريعة لاحتياجات المرضى	4.04	0.90	مرتفع
يتم التعامل مع شكاوى المرضى بفاعلية.	4.01	0.96	مرتفع

تشير النتائج إلى ارتفاع مستوى جودة الرعاية الصحية من وجهة نظر أفراد العينة، حيث تراوحت المتوسطات الحسابية بين (4.01) و(4.40). وجاءت الفقرة "يتم الالتزام بإجراءات سلامة المرضى" في المرتبة الأولى بمتوسط (4.40)، تلتها الفقرة "يتم تطبيق تعليمات السلامة باستمرار" بمتوسط (4.25)، ثم الفقرة "يحصل المرضى على الرعاية المناسبة" بمتوسط (4.21)، وجميعها ضمن مستوى مرتفع جداً.

أما أقل متوسط فقد كان للفقرة "يتم التعامل مع شكاوى المرضى بفاعلية" بمتوسط (4.01)، ورغم ذلك فإنه يقع ضمن مستوى مرتفع، مما يدل على أن أفراد العينة ينظرون بصورة إيجابية إلى مستوى جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الخاصة محل الدراسة.

وبوجه عام، تشير النتائج إلى أن جودة الرعاية الصحية جاءت بمستوى مرتفع، وهو ما يعكس إدراك الممارسين الصحيين لوجود التزام واضح بمعايير الجودة وسلامة المرضى داخل المؤسسات الصحية.

المبحث الرابع اختبار فرضيات الدراسة

يهدف هذا المبحث إلى اختبار فرضيات الدراسة في ضوء البيانات الميدانية التي تم جمعها من أفراد عينة الدراسة، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة من خلال برنامج IBM SPSS Statistics. وقد اعتمدت الباحثة على معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لقياس قوة واتجاه العلاقة بين متغيرات الدراسة، بالإضافة إلى تحليل الانحدار الخطي البسيط والانحدار الخطي المتعدد لقياس أثر أبعاد الاحتراق الوظيفي في جودة الرعاية الصحية، وذلك عند مستوى دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$).

المطلب الأول اختبار الفرضية الرئيسة

تنص الفرضية الرئيسة للدراسة على:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للاحتراق الوظيفي بأبعاده (الإجهاد العاطفي، تبلد المشاعر، انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي) في جودة الرعاية الصحية لدى الممارسين الصحيين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة. وللتحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد، حيث اعتُبرت جودة الرعاية الصحية متغيراً تابعاً، في حين مثلت أبعاد الاحتراق الوظيفي المتغيرات المستقلة.

جدول (10-4) ملخص نموذج الانحدار الخطي المتعدد

المؤشر	القيمة
R ² معامل التحديد	0.134
Adjusted R ² معامل التحديد المعدل	0.107
قيمة F	4.968
مستوى بالدلالة (Sig)	0.003

يتضح من الجدول (10-4) أن نموذج الانحدار الخطي المتعدد جاء دالاً إحصائياً، حيث بلغت قيمة ($F = 4.968$) عند مستوى دلالة ($Sig. = 0.003$)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يشير إلى ملاءمة النموذج الإحصائي لتفسير العلاقة بين متغيرات الدراسة.

كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.134$)، مما يدل على أن أبعاد الاحتراق الوظيفي تفسر ما نسبته 13.4% من التباين في جودة الرعاية الصحية، بينما تعزى النسبة المتبقية إلى عوامل أخرى لم تتناولها الدراسة.

جدول (11-4) معاملات الانحدار لأبعاد الاحتراق الوظيفي

البعد	Beta	t	Sig	القرار
الاجهاد العاطفي.	- 0.176	- 1.520	0.132	غير دال

تبلد المشاعر.	0.431	3.671	0.000	دال إحصائياً
انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي.	- 0.143	- 1.096	0.276	غير دال

تشير النتائج إلى أن بعد تبلد المشاعر هو البعد الوحيد الذي كان له أثر ذو دلالة إحصائية في جودة الرعاية الصحية (Sig < 0.05)، حيث بلغ معامل الانحدار (B = 0.431). أما بعدا الإجهاد العاطفي وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي فلم يظهر أثرًا ذا دلالة إحصائية، إذ بلغت قيم الدلالة (0.132) و(0.276) على التوالي، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05).

وبناءً على نتائج التحليل، فإن النموذج الكلي للانحدار كان دالاً إحصائياً، مما يشير إلى وجود أثر لأبعاد الاحتراق الوظيفي مجتمعة في جودة الرعاية الصحية، إلا أن هذا الأثر يُعزى بصورة أساسية إلى بعد تبلد المشاعر دون البعدين الآخرين.

وعليه، تُقبل الفرضية الرئيسة للدراسة بصورة جزئية، حيث ثبت وجود أثر ذي دلالة إحصائية لأحد أبعاد الاحتراق الوظيفي (تبلد المشاعر) في جودة الرعاية الصحية، بينما لم يثبت هذا الأثر بالنسبة لبعدي الإجهاد العاطفي وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي.

المطلب الثاني اختبار الفرضية الفرعية الأولى

تنص الفرضية الفرعية الأولى على:

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للإجهاد العاطفي في جودة الرعاية الصحية لدى الممارسين الصحيين العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.”

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، استخدمت الباحثة تحليل الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear Regression)، حيث اعتُبر الإجهاد العاطفي متغيراً مستقلاً، وجودة الرعاية الصحية متغيراً تابعاً.

جدول (12-4) ملخص نموذج الانحدار الخطي البسيط للإجهاد العاطفي

المؤشر الإحصائي	القيمة
R ²	0.003
قيمة F	0.303
مستوى الدلالة Sig	0.583

يتضح من نتائج الجدول (12-4) أن نموذج الانحدار الخطي البسيط غير دال إحصائياً، حيث بلغت قيمة $F = 0.303$ عند مستوى دلالة 0.583، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، كما بلغت قيمة معامل التحديد $R^2 = 0.003$ ، أي أن الإجهاد العاطفي يفسر نحو 0.3% فقط من التباين في جودة الرعاية الصحية.

جدول (13-4) معاملات الانحدار للإجهاد العاطفي

المتغير	Beta	t	Sig	النتيجة
الاجهاد العاطفي	0.038	0.551	0.583	غير دال

تشير النتائج إلى عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية للإجهاد العاطفي في جودة الرعاية الصحية، وعليه تُرفض الفرضية الفرعية الأولى.

المطلب الثالث اختبار الفرضية الفرعية الثانية

تنص الفرضية الفرعية الثانية على:

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتبديل المشاعر في جودة الرعاية الصحية لدى الممارسين الصحيين العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.”

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، استخدمت الباحثة تحليل الانحدار الخطي البسيط.

جدول (14-4) ملخص نموذج الانحدار الخطي البسيط لتبديل المشاعر

المؤشر الاحصائي	القيمة
R2	0.072
قيمة F	7.578
مستوى الدلالة Sig	0.007

يتضح من نتائج الجدول (14-4) أن نموذج الانحدار جاء دالاً إحصائياً، حيث بلغت قيمة $F = 7.578$ عند مستوى دلالة 0.007، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، كما بلغت قيمة معامل التحديد $R^2 = 0.072$ ، أي أن تبديل المشاعر يفسر 7.2% من التباين في جودة الرعاية الصحية.

جدول (15-4) معاملات الانحدار لتبديل المشاعر

المتغير	Beta	t	Sig	النتيجة
تبلد المشاعر	0.182	2.753	0.007	دال إحصائياً

تشير النتائج إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية لتبديل المشاعر في جودة الرعاية الصحية، وعليه تُقبل الفرضية الفرعية الثانية.

المطلب الرابع اختبار الفرضية الفرعية الثالثة

تنص الفرضية الفرعية الثالثة على:

“يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي في جودة الرعاية الصحية لدى الممارسين الصحيين العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.”

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، استخدمت الباحثة تحليل الانحدار الخطي البسيط.

جدول (16-4) ملخص نموذج الانحدار الخطي البسيط لانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي

المؤشر الإحصائي	القيمة
R ²	0.011
قيمة F	1.050
مستوى الدلالة Sig	0.308

يتضح من نتائج الجدول (16-4) أن نموذج الانحدار غير دال إحصائيًا، حيث بلغت قيمة $F = 1.050$ عند مستوى دلالة 0.308، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، كما بلغت قيمة معامل التحديد $R^2 = 0.011$ ، أي أن انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي يفسر نحو 1.1% فقط من التباين في جودة الرعاية الصحية.

جدول (18-4) معاملات الانحدار لانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي

المتغير	Beta	t	Sig	النتيجة
انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي	0.070	1.025	0.308	غير دال

تشير النتائج إلى عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي في جودة الرعاية الصحية، وعليه تُرفض الفرضية الفرعية الثالثة.

المبحث الخامس مناقشة نتائج الدراسة

يهدف هذا المبحث إلى مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة من خلال التحليل الإحصائي، وربطها بالإطار النظري والدراسات السابقة، وذلك لتفسير العلاقات بين متغيرات الدراسة وتوضيح مدى اتفاق أو اختلاف النتائج الحالية مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة.

أولاً: مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية

أظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد وجود أثر ذي دلالة إحصائية لأبعاد الاحتراق الوظيفي مجتمعة في جودة الرعاية الصحية، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة ($Sig = 0.003$)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، كما بلغت قيمة معامل التحديد ($R^2 = 0.134$)، مما يشير إلى أن أبعاد الاحتراق الوظيفي تفسر ما نسبته (13.4%) من التباين في جودة الرعاية الصحية، بينما تعزى النسبة المتبقية إلى عوامل أخرى لم تتناولها الدراسة.

وتشير هذه النتيجة إلى أن الاحتراق الوظيفي يعد أحد العوامل المؤثرة في جودة الرعاية الصحية، إلا أن تأثيره ليس العامل الوحيد، إذ تتداخل معه عوامل تنظيمية وإدارية ومهنية متعددة، مثل بيئة العمل، والدعم الإداري، وثقافة الجودة، وتوافر الموارد البشرية، ومستوى التدريب، وغيرها من العوامل التي قد تؤثر في جودة الخدمات الصحية. وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة Eltaybani et al (2021)، ودراسة Kakemam et al (2021)، ودراسة Li and Yang (2024)، التي أكدت أن الاحتراق الوظيفي يمثل أحد العوامل المؤثرة في جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، إلا أن تأثيره يتفاوت تبعاً لخصائص بيئة العمل والعوامل التنظيمية.

ثانيًا: مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى

بينت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية للإجهاد العاطفي في جودة الرعاية الصحية، حيث بلغ مستوى الدلالة ($Sig = 0.583$)، وهي قيمة أكبر من (0.05)، مما يشير إلى عدم كفاية الأدلة الإحصائية لإثبات تأثير هذا البعد بصورة مباشرة في جودة الرعاية الصحية لدى أفراد العينة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الممارسين الصحيين، رغم تعرضهم للإجهاد العاطفي الناتج عن طبيعة العمل وضغوطه، يواصلون أداء واجباتهم المهنية وفق المعايير المعتمدة، مدعومين بالأنظمة والإجراءات الرقابية المعمول بها في المستشفيات الخاصة، وهو ما يحد من انعكاس الإجهاد العاطفي على جودة الرعاية المقدمة.

وتختلف هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Shanafelt et al (2021)، التي أشارت إلى وجود تأثير سلبي للإجهاد العاطفي في الأداء المهني وجودة الرعاية الصحية، كما تختلف مع نتائج West et al (2021) التي أوضحت أن الإجهاد العاطفي يؤدي إلى زيادة الأخطاء الطبية وانخفاض جودة الخدمات الصحية.

ثالثًا: مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية

أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر ذي دلالة إحصائية لبعد تبلد المشاعر في جودة الرعاية الصحية، حيث بلغ مستوى الدلالة ($Sig = 0.007$)، وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يدل على أن هذا البعد يرتبط بجودة الرعاية الصحية لدى أفراد العينة.

وقد يعزى ذلك إلى أن تبلد المشاعر يعد من أكثر أبعاد الاحتراق الوظيفي ارتباطاً بطبيعة العلاقة المباشرة بين الممارس الصحي والمريض، إذ قد يؤثر انخفاض التفاعل الإنساني أو التعاطف المهني في جودة تقديم الخدمة الصحية وتجربة المريض.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Jun et al (2021)، ودراسة Woo et al (2023)، اللتين أكدتا أن تبلد المشاعر يعد أحد أبرز مظاهر الاحتراق الوظيفي ارتباطاً بانخفاض جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

رابعاً: مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة

أوضحت نتائج الدراسة عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي في جودة الرعاية الصحية، حيث بلغ مستوى الدلالة ($Sig = 0.308$)، وهي قيمة أكبر من (0.05).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن شعور الممارس الصحي بانخفاض الإنجاز الشخصي قد يؤثر في رضاه الوظيفي أو حالته النفسية، إلا أنه لا ينعكس بصورة مباشرة على جودة الرعاية الصحية، نظراً لاعتماد المؤسسات الصحية على أنظمة رقابية وإجراءات جودة تضمن استمرارية تقديم الخدمات وفق المعايير المهنية.

وتتفق هذه النتيجة مع بعض الدراسات التي أشارت إلى أن انخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي لا يمثل العامل الأكثر تأثيراً في جودة الرعاية الصحية مقارنة ببعدي الإجهاد العاطفي وتبلد المشاعر، بينما تختلف مع دراسات أخرى رأت أن جميع أبعاد الاحتراق الوظيفي تؤثر بدرجات متفاوتة في جودة الخدمات الصحية.

خلاصة المبحث

تشير نتائج الدراسة إلى أن الاحتراق الوظيفي يمثل أحد العوامل المؤثرة في جودة الرعاية الصحية، إلا أن تأثيره يختلف باختلاف أبعاده، حيث تبين أن بعد تبلد المشاعر كان الأكثر تأثيراً، في حين لم يثبت وجود تأثير ذي دلالة إحصائية لكل من الإجهاد العاطفي وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي. كما أوضحت النتائج أن الاحتراق الوظيفي لا يفسر سوى جزء من التباين في جودة الرعاية الصحية، مما يدل على وجود عوامل أخرى تنظيمية ومهنية وشخصية تؤثر في مستوى جودة الرعاية الصحية داخل المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

مقدمة

يتناول هذا الفصل عرضًا لأبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة في ضوء أهدافها وتساولاتها وفرضياتها، وذلك استنادًا إلى نتائج التحليل الإحصائي التي تم الحصول عليها من خلال تطبيق أداة الدراسة على عينة من الممارسين الصحيين العاملين في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة. كما يتضمن الفصل استعراضًا للاستنتاجات المستخلصة من النتائج، ثم تقديم مجموعة من التوصيات العملية التي يمكن أن تسهم في الحد من الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية، بالإضافة إلى عدد من المقترحات التي قد تفيد الباحثين في إجراء دراسات مستقبلية في هذا المجال.

ملخص نتائج الدراسة

في ضوء نتائج التحليل الإحصائي، توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. أظهرت نتائج التحليل الوصفي أن مستوى الاحتراق الوظيفي لدى أفراد عينة الدراسة جاء بدرجة متوسطة، مما يشير إلى وجود مظاهر للاحتراق الوظيفي بين الممارسين الصحيين، إلا أنها لم تصل إلى مستويات مرتفعة.
2. أظهرت النتائج أن مستوى جودة الرعاية الصحية في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة جاء بدرجة مرتفعة، وهو ما يعكس اهتمام المستشفيات بتطبيق معايير الجودة وسلامة المرضى.
3. بينت نتائج اختبار الثبات أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي، حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ لمحور الاحتراق الوظيفي (0.949)، ومحور جودة الرعاية الصحية (0.960)، بينما بلغ للاستبانة ككل (0.924)، وهي قيم تؤكد تمتع الأداة بدرجة عالية من الثبات.
4. أوضحت نتائج تحليل الانحدار الخطي المتعدد وجود أثر ذي دلالة إحصائية لأبعاد الاحتراق الوظيفي مجتمعة في جودة الرعاية الصحية، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة ($\text{Sig} = 0.003$)، وبلغ معامل التحديد ($R^2 = 0.134$)، بما يدل على أن الاحتراق الوظيفي يسهم في تفسير جزء من التباين في جودة الرعاية الصحية.
5. أظهرت نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية للإجهاد العاطفي في جودة الرعاية الصحية، حيث بلغ مستوى الدلالة ($\text{Sig} = 0.583$).
6. بينت النتائج وجود أثر ذي دلالة إحصائية لبعد تبليد المشاعر في جودة الرعاية الصحية، حيث بلغ مستوى الدلالة ($\text{Sig} = 0.007$)، مما يشير إلى أن هذا البعد يعد الأكثر تأثيرًا بين أبعاد الاحتراق الوظيفي في جودة الرعاية الصحية.
7. أظهرت النتائج عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي في جودة الرعاية الصحية، حيث بلغ مستوى الدلالة ($\text{Sig} = 0.308$).
8. أشارت نتائج الدراسة إلى أن تأثير الاحتراق الوظيفي في جودة الرعاية الصحية يتركز بصورة أساسية في بعد تبليد المشاعر، بينما لم يثبت تأثير بعدي الإجهاد العاطفي وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي بصورة مستقلة.

الاستنتاجات

في ضوء النتائج السابقة، تستنتج الباحثة ما يأتي:

1. يعد الاحتراق الوظيفي من الظواهر المهنية التي تستحق اهتمام إدارات المستشفيات الخاصة، لما لها من تأثير في جودة الرعاية الصحية.
2. لا تتأثر جودة الرعاية الصحية بجميع أبعاد الاحتراق الوظيفي بالدرجة نفسها، إذ تبين أن بعد تبدل المشاعر يمثل البعد الأكثر ارتباطاً بجودة الرعاية الصحية.
3. يشير ارتفاع مستوى جودة الرعاية الصحية إلى وجود أنظمة وإجراءات تنظيمية تسهم في المحافظة على مستوى الأداء المهني رغم تعرض بعض العاملين لضغوط العمل.
4. تؤكد النتائج أهمية الاهتمام بالجوانب النفسية والاجتماعية للممارسين الصحيين، لما لذلك من دور في المحافظة على جودة الخدمات الصحية واستدامتها.
5. يفسر الاحتراق الوظيفي جزءاً محدوداً من التغير في جودة الرعاية الصحية، مما يدل على وجود عوامل تنظيمية وإدارية ومهنية أخرى تؤثر في جودة الرعاية الصحية.

التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، توصي الباحثة بما يأتي:

1. تعزيز برامج الوقاية من الاحتراق الوظيفي داخل المستشفيات الخاصة من خلال تنفيذ برامج دورية للدعم النفسي والإرشاد المهني للممارسين الصحيين، بما يسهم في تحسين الصحة النفسية والرضا الوظيفي.
2. تطوير بيئة العمل بما يحد من الضغوط المهنية، وذلك من خلال إعادة توزيع أعباء العمل بصورة عادلة، ومراعاة أعداد الممارسين الصحيين بما يتناسب مع حجم العمل.
3. الاهتمام بالجانب الإنساني في تقديم الرعاية الصحية عبر تنفيذ برامج تدريبية تستهدف تعزيز مهارات التواصل الفعال مع المرضى، وتنمية التعاطف المهني، والحد من مظاهر تبدل المشاعر لدى الممارسين الصحيين.
4. تعزيز برامج التقدير والتحفيز الوظيفي من خلال تطبيق أنظمة عادلة للحوافز والمكافآت، وتقدير الإنجازات المهنية للممارسين الصحيين، بما يعزز الدافعية نحو العمل ويرفع مستوى الأداء.
5. إجراء تقييمات دورية لمستويات الاحتراق الوظيفي باستخدام أدوات علمية مقننة، بهدف الكشف المبكر عن ارتفاع مستويات الاحتراق الوظيفي واتخاذ الإجراءات المناسبة لمعالجتها.
6. تعزيز ثقافة جودة الرعاية الصحية من خلال الاستمرار في تطبيق برامج الجودة وسلامة المرضى، مع التركيز على تنمية الوعي بأهمية المحافظة على جودة الخدمات الصحية رغم ضغوط العمل.

7. دعم القيادات الصحية في تبني أساليب القيادة الداعمة التي تشجع المشاركة في اتخاذ القرار، وتحسن التواصل بين الإدارة والممارسين الصحيين، بما ينعكس إيجاباً على بيئة العمل وجودة الرعاية الصحية.
8. الاستفادة من نتائج الدراسة عند إعداد الخطط الإستراتيجية للمستشفيات الخاصة بمدينة جدة، بهدف تصميم برامج عملية للحد من الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الخدمات الصحية.

المقترحات لدراسات المستقبلية

استناداً إلى نتائج الدراسة الحالية، تقترح الباحثة إجراء الدراسات الآتية:

1. إجراء دراسة مماثلة على الممارسين الصحيين في المستشفيات الحكومية، ومقارنة نتائجها بنتائج المستشفيات الخاصة.
2. دراسة أثر متغيرات تنظيمية أخرى، مثل القيادة التحويلية، والتمكين الوظيفي، والعدالة التنظيمية، والالتزام التنظيمي، في العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية.
3. إجراء دراسة تتناول الرضا الوظيفي أو الالتزام التنظيمي كمتغير وسيط أو معدل في العلاقة بين الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية.
4. تطبيق الدراسة على فئات مهنية مختلفة، مثل الأطباء، والتمريض، والفنيين، والصيادلة، بهدف المقارنة بين مستويات الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية.
5. إجراء دراسات طولية لمتابعة تطور مستويات الاحتراق الوظيفي وتأثيرها في جودة الرعاية الصحية عبر فترات زمنية مختلفة.
6. استخدام المنهج النوعي أو المنهج المختلط لدراسة العوامل النفسية والتنظيمية التي تسهم في الاحتراق الوظيفي بصورة أكثر عمقاً.
7. دراسة فاعلية البرامج التدريبية وبرامج الدعم النفسي في خفض مستويات الاحتراق الوظيفي وتحسين جودة الرعاية الصحية لدى الممارسين الصحيين.
8. إجراء دراسات في مناطق أخرى من المملكة العربية السعودية للمقارنة بين المناطق المختلفة، بما يساهم في بناء قاعدة معرفية أوسع حول الاحتراق الوظيفي وجودة الرعاية الصحية.

المراجع

المراجع العربية

- وزارة الصحة. (2023). الكتاب الإحصائي السنوي. الرياض، المملكة العربية السعودية.
- وزارة الصحة. (2024). برنامج تحول القطاع الصحي. الرياض، المملكة العربية السعودية.
- رؤية المملكة العربية السعودية 2030. (2024). برنامج تحول القطاع الصحي. الرياض، المملكة العربية السعودية.
- المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية (سباهي). (2022). المعايير الوطنية للمستشفيات. الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (2023). التقرير السنوي. الرياض، المملكة العربية السعودية.

المراجع الاجنبية

- Alahmari, K. A., Alghamdi, A. A., & Alharbi, R. S. (2022). Burnout among healthcare professionals and its impact on patient safety and quality of care: A systematic review. *Healthcare*, 10(9), 1708.
- Alrawashdeh, H. M., Al-Tammemi, A. B., Alzawahreh, M. K., et al. (2021). Occupational burnout and job satisfaction among physicians during the COVID-19 pandemic. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–12.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job Demands–Resources Theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.

- Dyrbye, L. N., West, C. P., & Shanafelt, T. D. (2023). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*.
- Eltaybani, S., Noguchi-Watanabe, M., Igarashi, A., Saito, Y., & Yamamoto-Mitani, N. (2021). The association between nurses' burnout and objective care quality indicators in long-term care wards. *BMC Nursing*, 20, 34.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
- Hobfoll, S. E., Halbesleben, J. R. B., Neveu, J. P., & Westman, M. (2018). Conservation of Resources in the organizational context. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 103–128.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103933.
- Kakemam, E., Chegini, Z., Rouhi, A., et al. (2021). Burnout and its relationship to self-reported quality of patient care and adverse events during COVID-19. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1974–1982.
- Kelly, L. A., Gee, P. M., & Butler, R. J. (2021). Impact of nurse burnout on organizational outcomes. *Nursing Outlook*, 69(1), 96–102.

- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207.

- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), e2443059 .

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113.

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2022). *The burnout challenge: Managing people’s relationships with their jobs*. Harvard University Press.

- Quigley, D. D., Slaughter, M. E., Qureshi, N., et al. (2024). Associations of primary care provider burnout with quality improvement, patient experience measurement, clinic culture, and job satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 39, 1567–1574.

- Shanafelt, T. D., Ripp, J., & Trockel, M. (2021). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals. *JAMA*.

- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2021). Physician burnout: Contributors, consequences, and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 289(6), 725–744.

- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2023). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*.
- World Health Organization. (2019). Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases (11th Revision).
- World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030.

الملاحق

الاستبانة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان:

“الاحترق الوظيفي لدى الممارسين الصحيين في القطاع الصحي الخاص وأثره على جودة الرعاية الصحية بمدينة جدة”

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر الاحتراق الوظيفي في جودة الرعاية الصحية، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير.

جميع المعلومات ستستخدم للأغراض العلمية فقط، وستعامل بسرية تامة، ولا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، وإنما المطلوب هو رأيك الصادق.

شاكرين لكم تعاونكم.

القسم الأول : المتغيرات الديموغرافية

1- الجنس

- ☐ ذكر
- ☐ أنثى

2- العمر

- ☐ أقل من 30
- ☐ من 30 إلى أقل من 40 سنة
- ☐ من 40 إلى أقل من 50
- ☐ 50 فأكثر

3- المؤهل الدراسي

- ☐ دبلوم
- ☐ بكالوريوس
- ☐ ماجستير
- ☐ دكتوراه

4- سنوات الخبرة

- ☐ أقل من 5 سنوات
- ☐ من 5 إلى 10 سنوات
- ☐ من 10 إلى أقل من 15
- ☐ 15 فأكثر سنة

5- المهنة

- طبيب/ة
- ممرض/ة
- فني صحي
- صيدلي
- اختصاصي/ة
- أخرى

6- عدد ساعات العمل أسبوعياً

- اقل من 40 ساعة
- من 40-48 ساعة
- اكثر 48 ساعة

القسم الثاني : أسئلة الاستبيان

المحاور 1					
م	المحور الأول : الاحتراق الوظيفي	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق بشدة
1	اشعر بأن عملي أصبح روتينياً.				
2	اشعر بأن ساعات العمل تستنزف طاقتي.				
3	اشعر بالارهاق نتيجة ضغوط العمل.				
4	اشعر بصعوبة الاستمرار بنفس الحماس في العمل				
5	اشعر بان عبء العمل يفوق قدرتي				
6	اتعامل مع بعض المرضى بصورة الية.				
7	اشعر اقل تعاطفاً أثناء العمل				
8	اشعر ان عملي لم يعد يمنحني الشعور بالنجاح				
9	اشعر بالاجهاد عند بداية يوم العمل				
10	اشعر بان جهودي لا تحقق نتائج مرضية				
11	أصبحت اقل تفاعلا مع المرضى				

المحاور					
م	المحور الثاني : جودة الرعاية الصحية	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق بشدة
1	يتم الالتزام بإجراءات سلامة المرضى.				
2	يتم تطبيق تعليمات السلامة باستمرار.				
3	يحصل المرضى على الرعاية المناسبة.				
4	يتم تقليل الأخطاء الطبية قدر الإمكان.				
5	تحرص المؤسسة على تحسين جودة الخدمات باستمرار.				
6	تحرص المؤسسة على تحسين رضا المرضى.				
7	يبدي المرضى رضاهم عن الخدمات .				
8	تقدم الخدمات الصحية بكفاءة.				
9	يتم إنجاز الخدمات الصحية في الوقت المناسب.				
10	تتم الاستجابة السريعة لاحتياجات المرضى				
11	يتم التعامل مع شكاوي المرضى بفاعلية.				

Abstract

This study aimed to examine the impact of job burnout, represented by its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment), on the quality of healthcare among healthcare practitioners working in private hospitals in Jeddah, Saudi Arabia. The study also sought to measure the levels of job burnout and healthcare quality and to investigate the relationship between the study variables.

The study adopted a descriptive-analytical research design. Data were collected using an electronic questionnaire consisting of 22 items distributed across two main constructs: job burnout (11 items) and healthcare quality (11 items). The study sample consisted of 100 healthcare practitioners selected using a convenience sampling technique from private hospitals in Jeddah. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics through frequencies, percentages, means, standard deviations, Pearson correlation coefficient, Cronbach's alpha, simple linear regression, and multiple linear regression analyses.

The findings revealed that the level of job burnout among healthcare practitioners was moderate, whereas the level of healthcare quality was high. The questionnaire demonstrated high reliability, with an overall Cronbach's alpha coefficient of 0.924. Multiple linear regression analysis indicated a statistically significant effect of the dimensions of job burnout on healthcare quality ($R^2 = 0.134$, Sig. = 0.003). Furthermore, depersonalization was the only burnout dimension that showed a statistically significant effect on healthcare quality, whereas emotional exhaustion and reduced personal accomplishment did not show statistically significant effects.

Based on these findings, the study recommends implementing effective strategies to reduce job burnout, enhancing psychological and professional support for healthcare practitioners, improving the work environment, strengthening continuous training programs, and promoting a culture of quality within private hospitals to sustain and improve healthcare quality.

Keywords: Job Burnout, Emotional Exhaustion, Depersonalization, Reduced Personal Accomplishment, Healthcare Quality, Healthcare Practitioners, Private Hospitals, Jeddah.

Midocean University

College of Management

Master of Health Administration



Title in English

**“Job Burnout Among Healthcare Workers in the Private Sector and
Its Impact on Quality of Care in Jeddah”**

Prepared by:

Ethar Saeed AlAmeri

253001725

Supervised by:

Dr. Alfaisal Abdelhameed Mohamed

Dr. Fayez Ali Jrad

Year :2026/2027